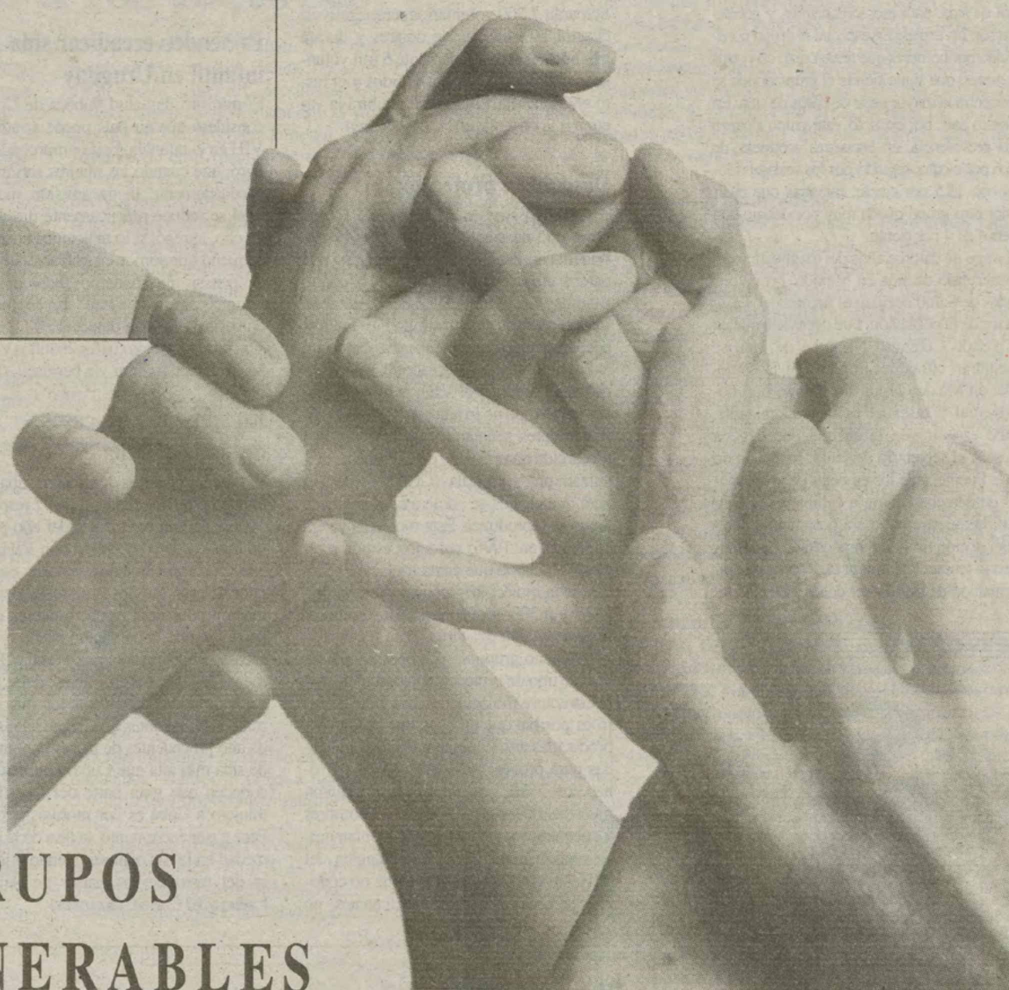
La Jornada NUM. 19 / FEBRERO 5 DE 1998

LETRA S

SALUD • SEXUALIDAD • SIDA





Carolyn Jones

Grupos Vulnerables

La pandemia de sida sigue las rutas de la pobreza, la desigualdad y la discriminación. Los grupos de la población más afectados por el VIH son los que viven una situación de desventaja social: homosexuales, sexoservidoras, usuarios de drogas, trabajadores migrantes, niños de la calle y algunos grupos de mujeres.

Jessica Jaiven y Carmen Soler • Entrevista con Jay Levy

EDITORIAL

El término vulnerabilidad, adoptado por financiadoras y organismos internacionales como el Banco Mundial o la Organización Mundial de la Salud, es tan vago o específico como puede convenir a estos mismos organismos. En 1998, como en años anteriores, los esfuerzos internacionales se centran en la protección de las mujeres y niñas y niños, por depender ellas de los hombres y quedar los menores en el desamparo al morir sus madres. Por ser minorías, otros grupos (homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, migrantes, niños de la calle, trabajadoras(es) del sexo comercial) quedan excluidos de las políticas internacionales y de los gobiernos que siguen esas directrices. A pesar de que esas minorías son las más afectadas por la pandemia de sida, para esos organismos y gobiernos son invisibles. En especial el grupo constituido por hombres que tienen sexo con otros hombres, que sigue siendo el grupo donde se concentra la mayor parte de casos de sida. En nuestro país, por ejemplo, este grupo alcanza una prevalencia, en encuestas centinela, de 15.6 por ciento, seguido por los sexoservidores con 13.5 por ciento, mientras que cualquier otro grupo queda muy por debajo con menos de 4 por ciento.

Luego de catorce años del diagnóstico del primer caso de sida en México, las autoridades de Salud deciden al fin atender a este sector de la población. Fue necesario que en el pasado Congreso Nacional de Sida se mostraran cifras del impacto de la epidemia: en México la transmisión de tipo homosexual o bisexual es la predominante. Cabe esperar que la energía que llegó a mostrar el secretario de salud, Juan Ramón de la Fuente, ante los embates de grupúsculos de derecha contra la campaña del condón, la muestre hoy para desarticular cualquier acción timorata, hipócrita, o discriminatoria tendiente a limitar el derecho a la información de este sector de la población ●

Num. 19 / febrero 5 de 1998

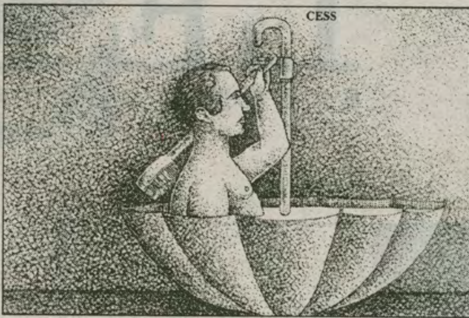
LETRA S
SALUD ♦ SEXUALIDAD ♦ SIDA

Directora General: Carmen Lira Saade
Director Fundador: Carlos Payán
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz
Consejo Técnico: Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Lilia Rubio, Manuel Figueroa, Jorge Huerdo, Francisco Garibay
Diseño: Cees van der Hulst
Formación: Marina Sánchez de Tagle
Publicidad: Moisés López/Luz María Linares
Consejo Editorial: Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lama, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Arnoldo Kraus, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagoitia, Estela Guzmán.

LETRA S, salud, sexualidad, sida, es una publicación mensual, editada por Demos, desarrollo de medios, S.A. de C.V. Balderas N°68, Col. Centro, C.P. 06050, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título N°9169. Certificado de Licitud de Contenido N°6418. Reserva al Título en Derechos de Autor N°3389/95 y Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N°004507/97 del 26 de noviembre de 1997. Distribuido en el D.F. por la Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Cuitláhuac N°3353, Col. Ampliación Cosmopolita, Azcapotzalco, México, D.F. Tel./Fax: 538-7400

E-mail: letrassida@laneta.apc.org

NotieSe



En 1998, experimentación de vacuna antisida

La empresa de biotecnología VaxGen Inc. elaboró la primera vacuna contra el sida que obtuvo la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos para ser experimentada a gran escala en seres humanos a partir de 1998. Si resulta exitoso, el antídoto podría ser puesto a la venta a principios del próximo siglo. La vacuna está elaborada con una proteína (gp120) que hace unos años parecía haber fracasado en la lucha contra el sida. Conocida como *Aidsvax*, podría estimular la creación de anticuerpos que impidan a los receptores del VIH unirse en los glóbulos blancos del organismo. En el estudio participarán 7,500 voluntarios seronegativos, costará 20 millones de dólares y durará tres años. Aproximadamente 5 mil voluntarios estarán en Estados Unidos y el resto en Tailandia. Una mitad recibirá la vacuna y la otra placebos. (**Agencias**)

Descubren protección natural contra el VIH

Un grupo de científicos franceses descubrió una mutación genética hereditaria que parece crear resistencia al VIH. Alberto Beretta y Luc Montagnier, del hospital St. Joseph de París y del Instituto Pasteur, respectivamente, tomaron muestras de sangre a 18 hombres considerados con mayor riesgo de contraer el VIH, pero que a través del tiempo no lo han adquirido. Los investigadores señalaron que la gente con protección natural tiene células que no sintetizan una molécula (CCR5) necesaria para que el VIH se adhiera a las células y luego se reproduzca. Esta molécula ya era conocida en 1996, pero los estudios recientes hallaron que cierta mutación genética de la molécula —conocida como delta 32 y m303— puede impedir o retrasar la propagación del virus. A la fecha sólo un pequeño grupo de personas parece tener ese tipo de protección natural debido a la estructura molecular de sus células, pero es posible que en el futuro puedan ser producidas artificialmente y quizás utilizadas para proveer resistencias a las personas con VIH. Los científicos estudiaron muestras de sangre de otros 209 hombres y encontraron que tres de ellos tenían mutaciones genéticas que los protegían del VIH; sin embargo, debido a que no conocían la nacionalidad de los donantes, no pudieron determinar qué grupos étnicos podrían tener la protección natural contra el virus que causa el sida. (**AP**)

Pretenden erradicar sida infantil en Uruguay

El ministro de Salud Pública de Uruguay consideró que su país puede erradicar el VIH en la infancia. Está comprobado, aseguró, que cuando las madres son tratadas adecuadamente la transmisión materno-fetal se reduce prácticamente diez veces, "y ello, agregó, si lo aplicamos como país pequeño que somos en población, nos hace pensar que podemos habitar en un Uruguay sin sida infantil". En este país sudamericano se han detectado 47 casos de sida infantil, de los cuales 26 niños y 17 niñas se infectaron por vía perinatal. (**DPA**)

En aumento, los casos de sida en Cuba

El número de casos de sida en Cuba se incrementó 60 por ciento en 1997 respecto a 1996, al acumular a fines del año pasado un total de 1,800 personas con VIH. Ante ello, funcionarios sanitarios de ese país consideraron que los programas de información pública al respecto debían extenderse, ya que la población isleña muestra escasa preocupación por el sida. El aumento de los casos en Cuba se debe, según las autoridades cubanas, a los más de un millón de visitantes que llegan a la isla cada año procedentes de países con una tasa de sida más alta que Cuba. Asimismo, reconocen que gran parte del turismo extranjero a Cuba es por motivos sexuales. Pese a este incremento, la tasa de la enfermedad en la isla continúa siendo inferior a la del resto de los países de América Latina y El Caribe. (**Reuters**)

Apoyo para reinserción laboral de seropositivos en Los Angeles

La organización Entrenamiento Laboral de Los Angeles Positivos (ELLAP), creada en noviembre de 1996 y con mayor atención a latinos seropositivos, ha atendido a la fecha a 2,049 personas. En el rubro de capacitación para el trabajo ha logrado que una gran cantidad de personas que viven con VIH o sida encuentre empleo temporal en la Universidad de California en Los Angeles (UCLA), sobre todo en el montaje y vigilancia de exposiciones, así como en tiendas de prestigio, donde se desempeñan como cajeros, vendedores o acomodadores de ropa, y en restaurantes, donde laboran como meseros. Pese a que los contratantes conocen la condición serológica de estas personas, existe un convenio con la ELLAP para que no den a conocer los nombres de las empresas, a fin de no tener problemas con la clientela. Otra de las actividades de la ELLAP consiste en apoyar a las personas con VIH para que obtengan de manera gratuita los medicamentos que conforman el denominado coctel. En ocasiones también les regalan abonos de transporte y vales de comida. (**Notimex**)

Por nuevos medicamentos, surge el *Síndrome de San Lázaro*

Marlon Valdivia, de AIDS Project Los Angeles, organización de lucha contra el sida en esa ciudad, advirtió sobre los riesgos que podrían traer consigo los nuevos medicamentos e inhibidores que han atenuado la enfermedad, ya que actualmente personas que están siendo tratadas con cocteles y que piensan que pueden llevar una vida normal practican relaciones sexuales sin protección. Muchas de estas personas, señala el activista, pasaron por el *Síndrome de San Lázaro*, es decir, preparándose para morir, ahora se preparan para regresar: van al gimnasio, suben de peso y, lo más peligroso, tienen sexo sin protección porque piensan que su problema desapareció. La alerta sigue encendida, pues de los 30 millones de seropositivos detectados en todo el mundo sólo un millón es atendido con los cocteles. En Estados Unidos existe cerca de un millón de personas con VIH, de las cuales 17 por ciento son de origen latino. (**Notimex**)

TIRO AL BLANCO

Mirada de mochez

Hemos visto (en la telenovela *Mirada de Mujer*) casi toda clase de conflictos: racismo, infidelidad, alcoholismo, en fin, ¿es verdad que Paulina está infectada de sida?

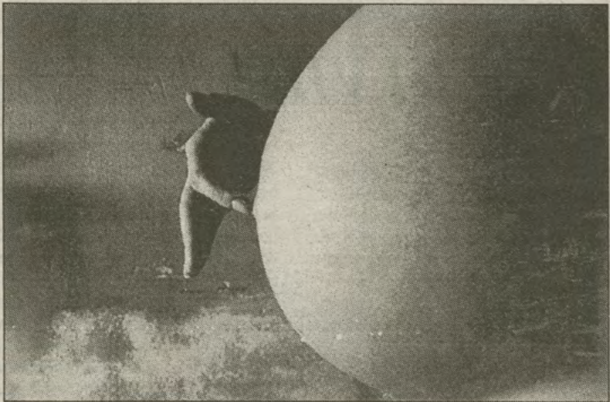
Sí, y no se trata de sacrificar a Margarita Gralia o Paulina como personaje. Ella se ha convertido casi en un ídolo de las mujeres, porque es maravillosa como ser humano y siempre está en contra de lo que ordenan los hombres. Pero también tiene un montón de conflictos internos. Pienso que Paulina ha exagerado en su forma de vivir, *de tal manera que el sida es una consecuencia lógica ante su promiscuidad*. Se le admira porque es como un símbolo de la represión.

¿Es verdad que el final de *Mirada de Mujer* está en una caja fuerte?

Terminé de escribirla en noviembre pasado y lo entregué a TV Azteca y sí, me dicen que lo tienen en una caja fuerte. (Seguramente para no difundir la marca del condón que habría salvado a Paulina).

(Esta sección propone estos castigos en las próximas telenovelas moralistas a las mujeres que pequen: A las adúlteras, parálisis infantil; a las que no acepten que sus maridos las violen, lepra esquimal; a las que no acepten todos los hijos que Dios les mande, la senilidad prematura; a las que resistan a los violadores, linchamiento por pausas; a las que exijan el uso del condón a sus maridos o parejas, 600 abdominales sobre pedazos de vidrio.) ●

Señor Bernardo Romero, autor de *Mirada de Mujer*. Nota de Felipe Morales Martínez. *El Universal*, 31 de enero de 1998.


Jan Saudek

Respuestas a los lectores

En esta sección trataremos de responder las preguntas más frecuentes que nuestros amigos lectores nos hacen llegar por diferentes vías. No pretendemos hacer una investigación exhaustiva de cada una de ellas, sino más bien despejar las dudas de manera breve y clara.

¿Un bebé dentro del vientre puede ser infectado por la madre si ésta es portadora del virus?

Sí, la madre puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. De hecho, la vía perinatal es una de las tres vías de transmisión, las otras son la sexual y la sanguínea. Se estima que cerca de 50 por ciento de la transmisión perinatal ocurre en el momento del parto. Hay factores que pueden agravar esta situación como los partos prolongados con ruptura temprana de membranas. La frecuencia de transmisión del VIH de las madres portadoras a sus hijos es aproximadamente de 30 por ciento; sin embargo, el tratamiento con AZT (medicamento antirretroviral) disminuye hasta en 60 por ciento la transmisión del VIH. La administración de AZT en cápsulas a la madre, a partir de la semana catorce de gestación; por vía intravenosa a la madre durante el parto, y en jarabe pediátrico, durante las primeras ocho semanas de vida del bebé, ha demostrado reducir la transmisión a menos de 8 por ciento, por lo que es necesario crear programas públicos que garanticen el acceso de las mujeres embarazadas a una detección temprana y a tratamientos adecuados. Algunos estudios han demostrado que la transmisión parece estar asociada con factores diversos, desde carga viral, nutrición, fase de la infección, y otros factores inmunológicos. Por otro lado, hay que añadir que la detección del virus en los niños es mucho más difícil que en un adulto; si están infectados, pueden empezar a presentar síntomas antes del año, pero puede darse el caso de que no tengan el virus, sino sólo los anticuerpos que su madre haya desarrollado, entonces pueden tener estos anticuerpos hasta los 18 meses de edad sin estar en realidad infectados.

¿Existen estadísticas que indiquen la incidencia de la infección por VIH entre las mujeres lesbianas? ¿Cuáles son las formas de prevención de la transmisión del VIH/sida en esa población? ¿Hay estudios sociales con respecto a las lesbianas?

Desgraciadamente no hay estadísticas en México acerca de la población lésbica; sin embargo, existen diversas organizaciones que han hecho acopio de materiales contando con un buen número de estudios sociales.

Por otro lado, a nivel mundial las lesbianas han sido tradicionalmente el grupo de menor visibilidad social, y las que son portadoras del VIH se han clasificado bajo la categoría de transmisión heterosexual. En la mayoría de los países no se mantiene ningún registro de este tipo de información. Debido a que únicamente han sido registrados unos cuantos casos a nivel internacional, se ha asumido que la mayoría de las prácticas sexuales realizadas entre mujeres son mucho menos riesgosas que aquellas en las que participan los hombres. En muchos países, las activistas lesbianas están cuestionando esta presunción.

Muchas lesbianas piensan que el sida no es problema de ellas. Desgraciadamente están en un error. Algunas de ellas (principalmente en Estados Unidos y Europa) han contraído el virus a través de drogas por vía intravenosa, de la inseminación artificial con semen infectado o del sexo con un hombre infectado (el que una mujer se defina a sí misma como lesbiana no significa que nunca haya tenido relaciones sexuales con un hombre).

Algunas recomendaciones básicas para prevenir la transmisión del VIH entre mujeres son: utilizar un cuadro de látex, de aproximadamente 20 cm, colocándolo de forma tal que cubra los labios externos de la vagina, puede ser un condón cortado o el famoso Plasti-pack. En una exploración táctil de la vagina o el recto de la pareja hay que cuidar no tener cortadas, y utilizar guantes o dedales de látex con lubricante soluble al agua. Si se usan dildos o vibradores, hay que cubrir el aparato con un nuevo condón cada vez que sea utilizado, o bien no compartirlo; que cada quien use sus propios juguetes.

Quieren a *Letra S* en periódicos locales de los estados.

Nos da mucho gusto saber de su interés para que el suplemento aparezca en periódicos locales de los estados, pero siendo *La Jornada* un periódico de circulación nacional que llega a las capitales de los estados y a las principales ciudades de los mismos es factible encontrar el suplemento el primer jueves de cada mes. Debido a la gran demanda que tiene *La Jornada* será importante comprarlo temprano ●

Para cualquier pregunta o comentario pueden enviar sus cartas a Zempoala N°9-205. Col. Narvarte. Apdo. postal 12-607, 03020, México, D.F. Tel./Fax.: 538-7400; o por correo electrónico: letrassida@laneta.apc.org



El pasado mes de enero se inició la distribución de la nueva serie Angulos del Sida, con el primer título: *Costos y gastos de Atención Médica del Sida en México*. Con esta publicación, las autoridades de salud y Conasida brindan importantes elementos técnico estadísticos para la justa valoración de este problema en nuestro país. Hay medidas que sólo el gobierno puede adoptar y lo que a menudo falta es voluntad política por parte de las autoridades responsables. Esta investigación puede apoyar sustancialmente la toma de decisiones responsables y contribuir a que se autorice, de una vez por todas, el presupuesto especial para los medicamentos antirretrovirales que necesitamos para nuestra sobrevivencia.

Compromisos desatendidos

El 1 de julio de 1997, durante el Foro sobre salud, el ingeniero Cuauhtémoc Cárdenas le manifestó al FrenpaVIH su compromiso moral para trabajar, en colaboración directa con nuestra organización, en el programa de lucha contra el sida y la formación del Coesida para el Distrito Federal. Estamos en espera de una fecha para la primera reunión de trabajo.

Igualmente deseamos manifestarle al diputado Santiago Padilla Arriaga, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, nuestra sorpresa e inconformidad por no haber recibido, después de 53 días, respuesta alguna a la propuesta que se le presentó sobre un presupuesto especial de 370 millones de pesos destinados a la compra de medicamentos antirretrovirales para las personas que viven con VIH/sida y que no cuentan con seguridad social.

Desabasto de la credibilidad oficial

El hospital Gabriel Mancera, del IMSS, se enorgullece de brindar "calidad y calidez" a sus derechohabientes, y en materia de VIH/sida declaran ser la primera institución que proporcionó atención integral a los afiliados que padecen la enfermedad. Quizá formalmente esto sea cierto, pero en la práctica existen deficiencias en el abasto de los medicamentos antirretrovirales, situación que revela irresponsabilidad o incompetencia. La falta de suministro oportuno de estos medicamentos provoca daños *irreversibles* a nuestra salud, pues el virus se vuelve resistente a dichos fármacos, y anulan su eficacia. Por otro lado, la normatividad y las políticas del IMSS no permiten subrogar (trasladar) a farmacias especializadas ni a laboratorios particulares la compra de estos medicamentos o la realización de los exámenes, medida alterntiva al desabasto. Las autoridades del IMSS llegan incluso a declarar ante los medios que difícilmente se puede hablar de desabasto, y que si éste llega a producirse, se debe a los distribuidores o a los laboratorios, mismos que a su vez señalan que sí hay disposición de medicamentos pero que la institución no los pide.

Nuestro gobierno tiene la solución para acabar con el FrenpaVIH y sus demandas: Medicamentos y Atención con Calidad, hasta que alcance para todos (**Comisión de prensa y difusión/FrenpaVIH**) ●

Domicilio provisional:
Calle 19 N°75
Col. San Pedro de Los Pinos
03800, México, D.F.
Tel.: 515-7913/Fax: 273-3807
Tels./Fax: 515-4214 • 538-7400

LA SECRETARIA DE SALUD INFORMA

Carga viral: la presencia del VIH en la sangre

Significado, procedimientos y recomendaciones para el uso de la cuantificación de la carga viral en la infección por VIH/sida

¿Qué es la carga viral?
En las personas infectadas con el VIH/sida se ha encontrado una estrecha relación entre la concentración del virus en la sangre, el estado inmunológico y el pronóstico clínico, lo cual tiene importantes implicaciones para su atención. Desde 1996, la cuantificación de la carga viral es considerada un indicador útil de progresión de la infección por VIH. La carga viral mide, generalmente, la cantidad de copias del VIH (RNA viral) que la persona infectada tiene circulando en la sangre. Por lo general, la determinación se realiza en el plasma, aunque puede hacerse en otros líquidos y tejidos. Los resultados de la prueba de carga viral se expresan como el número de copias del RNA del VIH por mililitro de plasma (copias/ml) y pueden variar de menos de 400 copias/ml a varios millones de copias/ml. Se ha encontrado que los niveles de carga viral se correlacionan directamente con el tiempo de progresión y supervivencia del paciente. Se ha observado que, a menor carga viral, mayor el tiempo que se requiere para la progresión de la enfermedad y, por lo tanto, mayor tiempo de supervivencia.

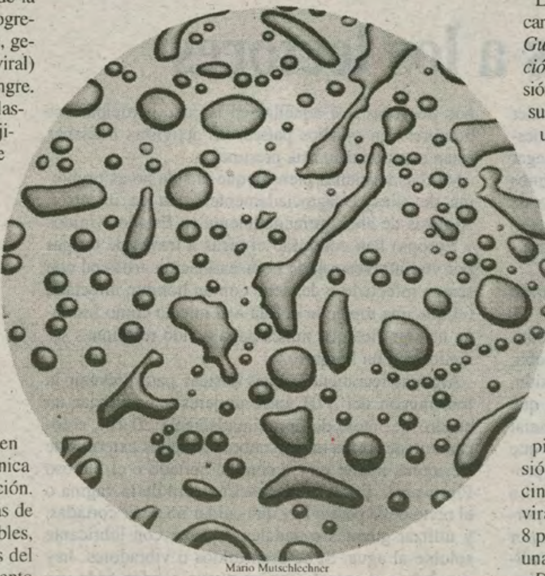
¿Cómo se mide la carga viral?
Para cuantificar la carga viral actualmente existen cuatro técnicas comerciales disponibles y una técnica nacional que se encuentra en proceso de validación. En todas ellas es necesario trabajar con moléculas de RNA viral, las cuales son extremadamente inestables, por lo que la toma de la muestra, las condiciones del transporte, de almacenamiento y de procesamiento son fundamentales para obtener resultados confiables.

Las técnicas para la cuantificación de carga viral disponibles son:

- *Amplicor HIV-1 Monitor Test* de los laboratorios Roche Molecular Systems.
- *Quantiplex bDNA Signal Amplification System* de Chiron Corporation.
- *NASBA Test* de Organon Teknika.
- *Hybrid Capture Microplate System HIV RNA Quantitation Assay* de DIGENE.

Técnica de RT-PCR, desarrollada en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ). Actualmente se está desarrollando una técnica en el área de biología molecular del INNSZ, semejante a la técnica *Amplicor* de Roche, y se encuentra en proceso de validación.

¿Están las pruebas de cuantificación de carga viral disponibles en México?
En nuestro país, la Secretaría de Salud (Ssa) dio las facilidades y aceleró los trámites necesarios para que en un tiempo récord se les otorgara el registro definitivo a los productos para la determinación de la carga viral. El Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) de la Ssa, realizó la evaluación de los mismos y actualmente están disponibles para toda la población, desde julio de 1997, con un tiempo de entrega de los resultados de tres semanas. En octubre de 1997 el INDRE capacitó a personal de los laboratorios estatales de salud de Villahermosa, Monterrey y Guadalajara. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta ya con este recurso disponible para su población derechohabiente. El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), y el Consejo Nacional para el Control y Prevención del Sida (Conasida) acceden a éste a través del INDRE.


Mario Mutschlechner

¿Cuándo es recomendable solicitar la cuantificación de carga viral?
Las recomendaciones para el uso de la cuantificación de carga viral en nuestro país, fueron incorporadas en la *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/sida en Consulta Externa y Hospitales*, versión 1997. Cabe aclarar que este método de laboratorio no sustituye el conteo de linfocitos CD_4, que sigue siendo un indicador útil para pronosticar el riesgo de desarrollar enfermedades oportunistas y para determinar el tiempo apropiado para iniciar el tratamiento profiláctico contra éstas. Es importante señalar que esta prueba deberá solicitarse sólo cuando esté indicado y sus resultados ofrezcan una alternativa de atención para el paciente o sirvan para apoyar la toma de decisiones del personal de salud.

La cuantificación de la carga viral se recomienda en dos situaciones:

Pronóstico: La carga viral plasmática se relaciona con la progresión de la infección por VIH a sida y con la supervivencia de los pacientes infectados. Las cargas virales menores a 40 mil copias/ml, se vinculan con 62 por ciento de progresión a sida en cinco años y con una supervivencia a cinco años de 51 por ciento, mientras que las cargas virales inferiores a 5 mil copias/ml se relacionan con 8 por ciento de progresión a sida en cinco años y con una supervivencia de 95 por ciento a cinco años.

Decisión de inicio de tratamiento y monitoreo de respuesta: Independientemente de los niveles de CD_4, la carga viral por arriba de los niveles establecidos es un punto determinante para iniciar tratamiento y decidir oportunamente modificaciones del mismo.

Aunque la carga viral es un buen predictor de progresión, se recomienda que se utilice de manera conjunta con el conteo de células CD_4, el cual se considera mejor predictor para el riesgo de desarrollo de las complicaciones relacionadas con el sida y siempre deberá utilizarse la misma técnica en cada paciente ●

LAURA CASTELLANOS

La última vez que Isidoro salió al sol

Esa mañana de invierno Isidoro sintió ganas de salir a la terraza a recibir el sol. Alrededor de la vieja casona que albergaba a enfermos pobres en fase terminal, quedaban rastros de la primera nevada del año caída en la ciudad de Kansas, Missouri.

El cuerpo pequeño del indígena maya había perdido peso y fuerza, pero no la alegría, porque sonreía fácilmente, aunque padecía la soledad. Era analfabeta, el inglés no lo entendía, poco el español, y la comunidad mexicana de la localidad apenas si sabía de su existencia. Por eso una inesperada visita lo motivó a asomarse al mundo.

Un enfermo lo cargó sin esfuerzo. El sol lo reanimó, se quedó pensativo unos momentos y aceptó una vieja sugerencia. "Ayúdame con la carta", dijo.

La mano escribiente hizo más comprensible el español, la idea era la misma:

"Querida mamá:

"Cómo está mi hermana. Cómo mi esposa, los hermanos, la hija. Estoy muy lejos, en los Estados Unidos. Tengo una enfermedad que se llama sida y ya que me alivie me regreso. Los doctores me tratan bien. Hay una mujer grande de color negro que me trata muy bien, se llama Nelis, pero no me gusta la comida que me da. Tampoco me gusta que hace mucho frío aquí."



Eniac Martínez

Lo demás lo omitió: la razón de los tres años de silencio, el miedo al cruzar la frontera, la sobrevivencia en las calles de Los Angeles, el hambre y los golpes, la promiscuidad de alto riesgo entre los migrantes, la droga inyectada, su viaje clandestino en un vagón de tren a Missouri en busca de mejor suerte, la nostalgia, los síntomas, la confusión, la agonía...

Fue la última vez que Isidoro salió al sol. Durante el día esperaba ansioso las únicas dos horas en español que se transmitían en el cuadrante radiofónico. Veía poca televisión y ya no podía dibujar porque era incapaz de sostener un crayón entre sus dedos. Aun así, a sus 28 años, le era inconcebible la idea de la muerte.

La carta alcanzó a llegar a tiempo. Semanas después recibió una llamada telefónica desde Yucatán. La sorpresa lo alegró. Una mano le ayudó a sostener el auricular. Isidoro escuchó, y débil, pero convincente, expresó en sus ancestrales palabras: "Sí, regreso, nomás que me cure, regreso." Ese fue uno de los inviernos más crudos del siglo en toda la región ●

Periodista.

MANUEL ZOZAYA

La homofobia, obstáculo para el control de la epidemia

ENTREVISTA CON EL DOCTOR JOSÉ ANTONIO IZAZOLA DE "FUNSALUD"

Los epidemiólogos y los antropólogos hablan de "grupos vulnerables" para referirse a los grupos de la población más afectados por la pandemia del sida. Uno de esos grupos, es el de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, se identifiquen o no como homosexuales, bisexuales o gays. Sobre este tema entrevistamos al doctor José Antonio Izazola, de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) quien ha realizado y publicado diversos estudios e investigaciones al respecto.

¿Cómo opera la vulnerabilidad de muchos homosexuales en la exposición al riesgo de infección?
Algunas condicionantes de la vulnerabilidad tienen que ver con el entorno social. En el caso de los homosexuales, existe una condicionante social que no permite o no favorece las relaciones amorosas duraderas entre dos hombres. Esto hace que la necesidad de recambio de la pareja sexual sea alta. Si a lo anterior le agregamos la condición de marginalidad que hace que el sexo entre hombres sea anónimo o clandestino, donde el centro de la sexualidad es el intercambio sexual múltiple, lo más rápido y escondido posible, el cuidado de la responsabilidad, todo lo que envuelve una relación íntima en otras circunstancias, no se da. De esta manera, confluyen diversos factores que hacen que el conjunto de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tenga la más alta probabilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, incluido el VIH.

Sin embargo, se dice que la epidemia en nuestro país se está heterosexualizando.
Hay una mala interpretación de lo que está sucediendo, un análisis equivocado de los datos. No quiero negar que existe un incremento en la transmisión heterosexual, pero creo que, por otras razones, se ha exagerado. Se afirma que la mayor tasa de crecimiento de infecciones se da en mujeres y adolescentes. Lo que pasa es que esa tasa es mucho más alta cuando se pasa de un caso a tres —pues hay un incremento de 300 por ciento—, que cuando se pasa de mil a 1,200 casos, con un aumento de sólo 20 por ciento.

Además, hay otro componente importante, lo que llamo homofobia en la toma de decisiones. Los datos están ahí, pero ¿por qué se niega de manera selectiva que la epidemia en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres sigue aportando el mayor número de casos absolutos? La homofobia, pura, plana, abierta, está contenida en la justificación de que hay que combatir al sida porque puede afectar a mujeres, "niños inocentes" y heterosexuales; el hacer prevención de sida "tiene que valer la pena"; es decir, en una población que no esté rechazada socialmente.

¿Qué otros factores han impedido poner en práctica las técnicas preventivas en esa población?
En México, la falta de cohesión comunitaria entre los gays o los hombres que tienen sexo con otros hombres ha dificultado mucho la labor preventiva. Los cambios sostenidos de comportamiento provienen menos de la información que de los cambios de actitud y de valores. Pero no es el médico con su bata blanca, ni el sacerdote con su sotana negra, ni otros agentes externos a la comunidad quienes hacen ese cambio sostenido, sino los propios miembros de esa comunidad: yo a mis amigos les enseño por qué hay que protegerse, y mis amigos me creen, porque saben que somos parecidos, nos tenemos afecto y confianza, entonces se crea un valor y ese valor se transmite, entonces puede haber un cambio sostenido de comportamiento.

En México ha habido muchos intentos de hacer campañas informativas, pero nos ha faltado incidir en el cambio de conductas. El dar a conocer que el condón sirve, es útil, pero insuficiente. Hay que educar, pero ¿cómo educar cuando no existe una base comunitaria? Y ahí es cuando el concepto de vulnerabilidad juega un papel. Si no hay una comunidad que brinde apoyo, ¿cómo podemos pensar que se puedan modificar sostenidamente algunos comportamientos? Pero no todo esta perdido. A falta de una comunidad, existen pequeños grupos que pueden cumplir los mismos factores de cohesión grupal que tiene una comunidad, probablemente en forma atomizada lo cual lo hace más complicado pero no imposible. De ahí la importancia del trabajo de los grupos no gubernamentales de base comunitaria. Hay toda una estrategia de mercadotecnia que se puede utilizar para facilitar esa labor, ya que no existe otra red de formación de valores.

Por otro lado, es necesario decir públicamente que el sida sigue creciendo en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; hay que decirlo así fuertemente, evitar mentiras de que la epidemia se está ruralizando, que son los adolescentes o las mujeres los grupos de mayor riesgo. La campaña de la Secretaría de Salud está enfocada a los padres y las madres con hijos adolescentes, y bueno aquí hay otra falacia porque más de la mitad de los hombres que se infectan por vía sexual antes de los 19 años es a través de relaciones con otros hombres. Estos adolescentes son los más vulnerables porque están muy aislados por una cultura que trata de hacer que piensen como heterosexuales cuando ellos sienten atracción por personas de su mismo género y no lo pueden expresar libremente. Si estos adolescentes no pueden hablar con sus padres de su orientación sexual, ¿podrán hablar del uso del condón?


Fotos: The GAPA Community HIV Project

¿Cuál sería la labor del Estado al respecto?
Dos cosas: uno, el Estado debería promover un ambiente adecuado para que la marginalidad y la vulnerabilidad de esa población disminuya. Aprobar leyes que disminuyan la discriminación por orientación sexual ayuda. Promover que haya centros culturales de esparcimiento y de reunión gay, en lugar de cerrarlos. Sería mucho más útil invertir en el fomento de lugares de encuentro comunitario, en donde los adolescentes puedan hablar con sus amigos de lo que está pasando. Dos, el gobierno debe financiar y supervisar el trabajo preventivo, evaluar su impacto, pero la acción preventiva debe subcontratarla a grupos de base comunitaria y con formación profesional.

Quiero señalar que no es cuestión de dinero, sino eficiencia. Las campañas de prevención oficiales están dirigidas a los padres de familia y no a quienes realmente se están infectando. Decir que las amas de casa son un grupo de riesgo no ayuda, hay que ser mucho más fino en el diagnóstico; determinar exactamente quiénes y por qué se están infectando y prevenir ahí, donde es prioritario ●

Lanza Conasida campaña dirigida a homosexuales

Una de las cuestiones más controvertidas en lo que va de la epidemia de VIH/sida en México, es el silencio guardado por el gobierno en torno a la prevención de dicha infección, precisamente en el grupo más afectado: los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Finalmente, Conasida rompe el silencio y lanza una campaña diseñada expresamente para ese grupo social que, como la misma epidemia ha mostrado, es mucho más vasto y diverso de lo que pensábamos hace unos cuantos años. El doctor Jorge Saavedra, director de Coordinación de Conasida nos informa:

"De los casos de transmisión sexual del VIH en el sexo masculino el año pasado, 63 por ciento se dieron entre hombres que tienen sexo con otros hombres. La epidemia en México sigue afectando mayoritariamente a este grupo de la población y se calcula que entre ellos el riesgo de infección es 400 veces mayor que entre la población en general, lo cual resulta dramático. Incluso en el D.F. si observamos los casos acumulados de transmisión sexual en hombres desde el inicio de la epidemia, 80 por ciento se dan en este mismo grupo y si además tenemos en cuenta que el D.F. concentra 30 por ciento de la población con VIH en el país, tenemos entonces la necesidad imperiosa de intervenir impactando a este grupo social. Ahora bien, éste es un grupo específico que requiere de mensajes específicos, mucho más directos y claros, tanto en el lenguaje como en las imágenes, esa va a ser la característica de esta campaña que, por otra parte no va a ser distribuida entre la población en general sino en los sitios de reunión de los hombres que tienen sexo con otros hombres, ya sean homosexuales, bisexuales o incluso hombres que ni siquiera se consideran gays, pero que sin embargo acuden a cierto tipo de lugares, en donde pueden tener relaciones sexuales con otros hombres en el anonimato. Entonces esperamos que con una campaña como ésta podamos tener una gran penetración de nuestros mensajes preventivos y de sensibilización donde ellos se concentran.

"En una primera etapa, de febrero a diciembre de 1998, vamos a tener folletos, *comics* y un concurso para diseñar un cartel de prevención de sida. Una parte de la campaña es para la población gay en general, pero otra muy particular es para aquellos que gustan de asistir a lugares donde se pueden dar prácticas de alto riesgo de transmisión del VIH.

"Este tipo de campañas era necesario desde hace mucho tiempo, sin embargo no había un ambiente social ni político adecuado para ellas, ni siquiera se hablaba del condón, afortunadamente México ha evolucionado social y políticamente y los cambios democráticos que se han presentado nos hablan de una mayor concientización social y mayor apertura, por eso ahora se permiten estas intervenciones que en otros países incluso de Latinoamérica, ya llevan muchos años.

"Particularmente la Ciudad de México, por su nivel de desarrollo, su tamaño y factores socioeconómicos y culturales requiere de campañas más agresivas y directas ya que la misma población lo está demandando. Espero que en un futuro muy cercano la responsabilidad de realizar estas campañas para grupos específicos sea retomada por el mismo Gobierno de la Ciudad de México. Hay que enfatizar la urgencia de que la Ciudad de México cuente con su organismo propio, similar a los Coesidas que ya existen en muchos estados. El D.F. y su gobierno deben tomar la vanguardia en este sentido para poder diseñar los mensajes específicos, directos y enfocados, ya que aquí es donde se requiere una mayor intervención." **(Carlos López Castañeda)** ●

Ficción y realidad del avance terapéutico

ENTREVISTA CON EL DOCTOR JAY LEVY, INVESTIGADOR DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

CARLOS BONFIL

Con una larga trayectoria en la investigación del virus de inmunodeficiencia humana, Jay Levy, profesor de medicina de la Universidad de California en San Francisco, se ha destacado por sus trabajos en los campos de la virología y la modulación inmunológica. En esta entrevista señala para *Letra S* las perspectivas del fortalecimiento de las defensas del cuerpo humano como una opción terapéutica contra la acción del VIH.

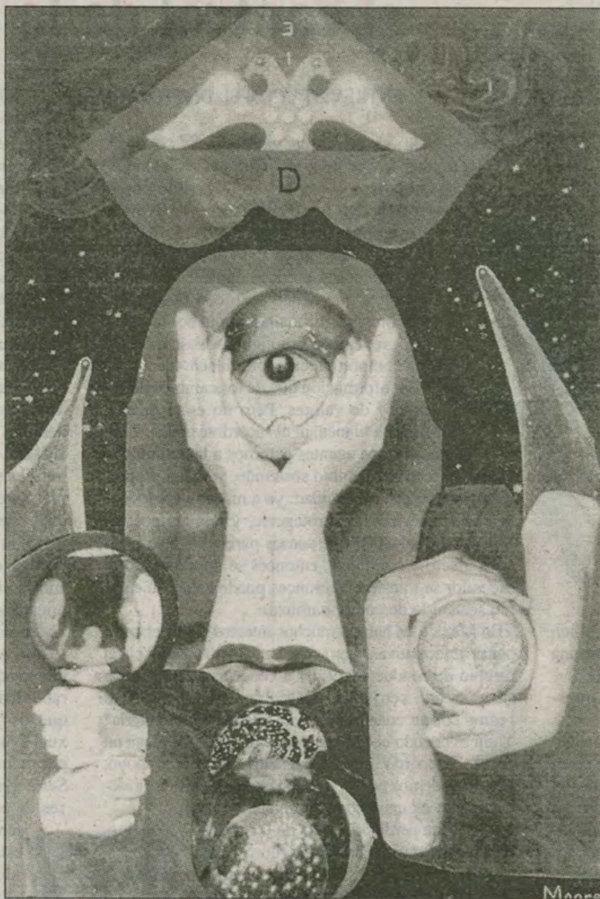
¿Qué opina de la rápida evolución de las terapias antirretrovirales?

En mi opinión, la investigación sobre el sida en Estados Unidos se ha visto muy eclipsada últimamente por el increíble entusiasmo en torno a los nuevos medicamentos antirretrovirales. Ciertamente estos medicamentos han traído esperanzas nuevas para las personas ya afectadas por el VIH, pero también han desorientado a las personas que no están infectadas, las cuales llegan incluso a creer que si se infectan tendrán tratamiento inmediato, por lo que no necesitan tomar mayores precauciones. Esta es una espada de dos filos. Por un lado, ayudamos a la gente, por el otro contribuimos a aumentar los riesgos de transmisión. Otro aspecto es la creencia general de que necesitamos medicamentos cada vez mejores, por lo que todo el apoyo de las mayores fuentes de financiamiento, las compañías farmacéuticas, se dirige a la idea de una cura rápida, que bien puede nunca ocurrir, que podría incluso ser imposible, o de un control prolongado del VIH, y para esto adoptan un enfoque central que es el virus: qué sabemos del virus, cómo golpearlo, cómo destruir esta pequeña partícula, cómo impedirle que ingrese a la célula. Así es como atacamos todas las enfermedades infecciosas. Si una bacteria resiste a algunos antibióticos, aun así podemos llegar a eliminarla. Pero esta es una historia muy diferente. Si un virus ingresa a una célula, tenemos que destruir la célula, y para eso no tenemos ningún otro enfoque.

El desarrollo de estas terapias ha eclipsado el desarrollo de una vacuna. ¿Qué dificultades enfrenta la búsqueda de una vacuna?

La mayoría de las compañías farmacéuticas necesitan garantizarle a sus accionistas la recuperación de sus inversiones en unos cuantos años. La vacuna está a diez años de distancia. Hay también la gente a la que se vacuna y que eventualmente puede demandar a la compañía. Hay entonces cuestiones legales de por medio. Esto tiene que resolverlo el gobierno. Lo que hacen es imaginar formas a través de las cuales las compañías puedan tener asistencia en materia legal. Y las compañías pueden recibir asistencia y apoyo a través del gobierno o de instituciones como la Fundación Rockefeller, la cual tiene ahora un grupo internacional de investigación para una vacuna contra el sida.

Por todo esto se tiene la impresión de que en el último año nos hemos concentrado en la búsqueda de una vacuna. Todo mundo busca una vacuna. A la vista de nuevos recursos financieros para la investigación, muchos científicos piensan tener ahora la posibilidad de hacer lo que desean hacer y deciden orientarse hacia el modelo de la vacuna. Esto también estimulará de paso el desarrollo y perfeccionamiento de vacunas para otras enfermedades, como la tuberculosis y el paludismo. Pero esto tomará tiempo.


Claude Cahum/Marcel Moore

¿Cómo se puede estimular el sistema inmunológico?

Es preciso dejar que el sistema de cada persona controle al virus, y cuando eso suceda ya no tendremos que preocuparnos por saber dónde se encuentra este virus. El sistema inmunológico lo localiza y acaba con él. Los medicamentos no tienen esa capacidad, pues funcionan contra un solo tipo de virus (el virus libre), tal como es y se comporta en el momento de utilizarlos. Pero los virus cambian y se vuelven resistentes a la terapia. ¿Qué sucede? El medicamento se toma, es tóxico, no funciona, el virus se libera, se replica, se disemina, y la persona está de nuevo enferma. Estos medicamentos tienen un tiempo de vida limitado. Y desafortunadamente, lo único que hacemos en Estados Unidos es fabricar medicamentos (debiera decir ratoneras) cada vez más sofisticadas. Seguimos tratando de mejorar la misma opción cuando tal vez deberíamos ensayar una dirección diferente, de suerte que el virus no pueda siquiera comenzar a replicarse. Y eso significa ir tras la reserva ideal del virus que son las células infectadas en el cuerpo. Y atacarlas. ¿Qué mejor manera de atacarlas que dejar que el sistema inmunológico lo haga? En nuestro país tenemos personas que han estado infectadas por mucho tiempo, que no toman medicamentos y cuyos sistemas inmunológicos funcionan bien. ¿Qué sucede con ellos? Los glóbulos blancos en su sangre y su tejido linfático controlan al virus, no necesitan nada fuera de la fortaleza de ese sistema. No hay que olvidar que en algunos países en desarrollo, en Africa o en algunas regiones de la India o en Asia, la manera en que mucha gente sobrevive a las infecciones es precisamente a través de su sistema inmunológico. A 99 por ciento de ellos los ayuda o no los ayuda su sistema de defensas. No disponen del lujo de los medicamentos, de los antibióticos. El sistema inmunológico es nuestra defensa natural. Pero no nos concentramos en eso, preferimos ocuparnos del agente. La lógica es: "Si los antibióticos matan a las bacterias, vayamos pues por un antiviral." Pero los medicamentos antivirales sólo detienen a los virus en circulación libre. ¿Qué sucede con el virus que está dentro de la célula? Se encuentra protegido, seguro. Es como un caballo de Troya: está ahí, no se puede mover, y los antivirales no pueden hacer nada contra él. ¿Qué es lo único capaz de reconocerlo y atacarlo? El sistema inmunológico.

Si no se dan los antirretrovirales correctamente, lo mejor es no administrarlos. El uso incorrecto de esos medicamentos es un peligro para el mundo

La mejor opción sería entonces reforzar ese sistema...

Exacto. Pero hay muy pocas compañías involucradas en ello. ¿Por qué? Se trata de un territorio inexplorado. Por lo que esas compañías dicen: "Bueno, nó sé si con esta idea pueda garantizarle a mis socios la recuperación de sus inversiones en tres años. Vayamos mejor por un inhibidor de proteasa o algo más novedoso." Y los medicamentos pueden funcionar algún tiempo, pero luego tendrán que buscar algo diferente, una y otra vez.

¿Qué sucede con la propuesta terapéutica de David Ho: "actuar temprano y duro"?

Con esa propuesta lo único que se logrará es tener un virus resistente mucho más pronto. Lo mejor es esperar a que el sistema inmunológico se ocupe del asunto, que aprenda a conocer al virus, a reconocerlo y a atacarlo. Y luego, si el virus comienza a ganar la batalla, intervenir para ayudar a este sistema. Lo ideal es ayudarlo hasta que gane de nuevo por un tiempo; después, cuando el sistema se debilite nuevamente, volver a intervenir, a reforzarlo. Creo en el rejuvenecimiento del sistema inmunológico. Sabemos que puede producirse. La gente se equivoca cuando cree que el sistema inmunológico no se recuperará si esperamos mucho tiempo antes de tratar al paciente. No digo que hay que esperar hasta que el sistema haya quedado totalmente eliminado, pero si una persona tiene un conteo casi normal de linfocitos, entonces está saludable y no tiene una gran cantidad de virus replicándose en su sangre. En este momento no hay necesidad de comenzar una terapia. Es preciso hacer un seguimiento de esta gente hasta que el médico vea que la persona tiene dificultades para controlar al virus.

Los medicamentos antivirales, por el contrario, pueden afectar al sistema inmunológico debido a su alto grado de toxicidad. Mis colegas dicen: "Le daremos tres o cuatro medicamentos y eso controlará al virus." Y esto es parecido a lo que hacemos con el cáncer. Es decir lo peor que podemos hacer. ¿Qué tanto hemos progresado con esto en el cáncer? ¿Y cuántos pacientes con cáncer conoce usted que tomen cuatro medicamentos tóxicos al día? Nada de esto tiene sentido. No niego que esto pueda ser el principio de algo mejor, pero no vas a tomar toda tu vida algo que es tóxico. Creo que si intentamos estimular nuestro sistema inmunológico, tomaremos entonces una proteína que no sea tóxica, fortaleceremos así al sistema y no necesitaremos ninguno de estos medicamentos. Se mantendrá un control sobre el virus y su presencia en el cuerpo disminuirá paulatinamente, aunque no creo que jamás llegue a ser totalmente eliminado.

¿En qué consiste su trabajo actual con las células del sistema de defensas llamadas CD_8, cómo ha avanzado su investigación, y qué beneficios supone para los paciente con VIH?

Hemos descubierto una proteína que fabrican los glóbulos blancos y cuyo nombre es Factor Antiviral del CD_8 (CAF, por sus siglas en inglés). Esta proteína penetra en la célula e impide la replicación del virus. Este factor no se parece a ninguna otra proteína fabricada por los glóbulos blancos. Es un factor totalmente nuevo y tratamos de definir lo qué es exactamente. Es muy difícil obtenerlo, pues es sólo una proteína entre un millón de las que produce un glóbulo blanco. El trabajo es enorme, pero estamos convencidos de que llegaremos a saber lo que es. Sólo entonces podremos quizá dárselo a la gente, aunque tememos que probablemente sea tóxico, pues debe administrarse en la sangre en cantidades muy altas. Sin embargo, con esta proteína podríamos desarrollar nuevos ensayos para llegar a detectarla en el cuerpo. Podemos también tomar otras proteínas que al juntarlas con linfocitos CD_8 puedan incrementar su producción. Se puede así llegar a fabricar un tratamiento nuevo y decir a la gente: "Sus células CD_8 no están fabricando suficiente CAF, tómese esto." Esa es una terapia de modulación inmunológica. Hay ahora un protocolo de un modulador inmunológico, la interleucina 2, capaz de incrementar la producción de CAF. Para mí es alentador ver que finalmente hay nuevos estudios, aunque debo decir que la compañía encargada de promover dicha investigación no se muestra muy entusiasta. Les parece muy caro, no saben cuánta gente va a tomarlo, ni qué tan bueno va a resultar. Deben entender que se trata de un trabajo pionero. Si llegamos a demostrar que la modulación inmunológica funciona, todo mundo querrá ocuparse de ella.

En México se lucha hoy por el acceso a las nuevas terapias, ¿qué beneficio representan para los pacientes con VIH en los países en desarrollo?

Sin una opción como la de estimular el sistema inmunológico, todo seguirá como siempre. Sucederá como con las bacterias multirresistentes a los antibióticos contra las que ya nada funciona. El virus resistirá y estaremos de nuevo en 1984. Obviamente, si en México se pueden conseguir medicamentos antirretrovirales, eso está muy bien, ya que le ofrecen a la gente la oportunidad de vivir por lo menos dos años más, en buenas condiciones y ser productivos, y tal vez para entonces tendremos ya un buen modulador inmunológico. En otras palabras, ganaremos tiempo, aunque no conquistemos necesariamente una cura. Estaremos ganando un control de largo plazo sobre el virus. En México se pueden por lo pronto atender al máximo otras infecciones, como la tuberculosis, la cual aumenta la capacidad de replicación del VIH. Esas infecciones aceleran el tránsito al sida. Tuberculosis, diarrea, neumonías, todo eso se controla en Estados Unidos y es controlable en México. Tan sólo con eso es posible ofrecerle al seropositivo una mejor calidad de vida y prolongar su existencia.

Sin embargo hay un detalle muy importante. Si se tiene acceso a los antirretrovirales, se necesitan doctores verdaderamente capacitados en su manejo. Si un doctor trata una infección con un medicamento incorrecto, estimula el desarrollo de un virus resistente. Y eso no se queda en México sino que se disemina por todo el mundo. Somos una gran comunidad. Lo que sucede aquí afecta a otras gentes en otras partes. Es necesario asegurarse de que cuando los doctores aquí administran los medicamentos no estén diciendo: "Tómese este AZT cinco días y eso es todo. Tome ddI o mezcle esto con eso." Si no se dan los antirretrovirales correctamente, lo mejor es no administrarlos. En México y en otros países en desarrollo ese problema se presenta ya con los antibióticos. Las bacterias multirresistentes se crean en un país y se manifiestan después en otros lados, en Nueva York, Los Angeles o Europa, gracias a los turistas. El uso incorrecto de los medicamentos es un peligro para el mundo ●

Vulnerabilidad individual y social: los factores determinantes


Larry Clark


Víctor Flores Olea


Arturo Fuentes

Al hacer frente a la pandemia del VIH/sida, muchas veces las personas reaccionan desentendiéndose del problema. Piensan que hoy, e incluso mañana, el riesgo de volverse seropositiva o de tener un amigo o un familiar infectado se reduce esencialmente a cero. ¿Pero es esto cierto?

Para hacer frente a una epidemia dinámica, siempre cambiante, se precisa una apreciación más detallada de la vulnerabilidad, una manera más práctica de valorar la vulnerabilidad actual y futura frente al VIH. Esta valoración deberá ser crítica y servirá para comprender la historia de la pandemia y poder prever su evolución.

Desde un punto de vista biológico, todas las personas son vulnerables a la infección por VIH. Cualquier persona que se expone al virus a través de una relación sexual o de la sangre, puede aparentemente volverse seropositiva. Si existe alguna base de inmunidad total, innata o biológica al VIH, ésta no ha sido aún descubierta.

El comportamiento individual es el factor decisivo en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH. Este comportamiento, que es muy cambiante por estar socialmente determinado, varía durante la vida de una persona (conducta sexual en la adolescencia, madurez y tercera edad), y se transforma de acuerdo con la historia, la experiencia personal, la influencia de individuos clave (familiares, amigos, amantes), de comunidades y entidades sociales y culturales, religiones, o del poder del Estado. Por ello, al valorar la vulnerabilidad, es importante considerar a la comunidad y a los factores nacionales e internacionales que puedan tener alguna incidencia en la vulnerabilidad personal a lo largo de una vida. Una revisión completa de los comportamientos individuales que exponen a la gente a la infección por VIH conduce a una conclusión medular: la responsabilidad individual es la antítesis de la vulnerabilidad.

Un análisis de los factores que limitan la responsabilidad en la prevención del VIH, y consecuentemente incrementan la vulnerabilidad frente a ese virus, requiere primeramente de un registro y valoración de las conductas que coadyuvan a la diseminación del VIH. Una vez que se reconocen estas conductas, las principales preguntas que surgen son: ¿cómo pueden satisfacerse las condiciones previas para reducir la vulnerabilidad personal frente a la infección por VIH? y ¿de qué manera pueden las comunidades y los países promover óptimamente la responsabilidad de los individuos en la prevención del VIH?

En la práctica, este proceso se llevará a cabo a través de diversos factores: el acceso a la información, a la educación, a los servicios de salud y a los servicios sociales, según el tipo de programas nacionales de lucha contra el sida y el tipo e importancia de las influencias sociales que aumentan, sustentan o reducen la responsabilidad personal.

Normalizar al sida

Una vez que se considera la vulnerabilidad al VIH/sida, se valorará la vulnerabilidad comunitaria y nacional como una función interactiva de los programas de lucha contra el sida y de los aspectos sociales más vastos y determinantes. Con base en estos elementos, se elaborará una guía para valorar cualquier vulnerabilidad pasada, presente y futura de la comunidad o la nación.

Una de las funciones principales de los programas nacionales de lucha contra el sida es proporcionar información y educación sobre el VIH/sida. La experiencia global ha mostrado que los detalles de elaboración y puesta en marcha de un programa son vitales, y que el elemento más importante es la participación de la gente en todas las fases del mismo. Con el fin de apoyar el proceso de información y educación, los programas de lucha contra el sida deben también garantizar el acceso a los servicios de salud y a los servicios sociales que sean necesarios. El objetivo es la integración de nuevos servicios al sistema de salud y seguridad social existente, el cual se verá necesariamente fortalecido.

Es preciso que el VIH/sida quede *normalizado* como un problema más de salud. También se debe promover una comprensión más cabal de la necesidad de evitar la discriminación y el estigma contra los seropositivos, contra quienes viven con el sida, y contra las personas con conductas de riesgo.

Una vez que se ha estudiado y quedado determinada la importancia del entorno social y del programa nacional de lucha contra el sida, el último recurso para disminuir la vulnerabilidad se ubica en el individuo. Las necesidades individuales de información, educación, salud, servicios sociales y apoyo del entorno social varían mucho según el tipo de programas nacionales que se implementen o las condiciones sociales en las que vivan las personas. En un país, la vulnerabilidad individual depende del vigor del programa nacional en relación con los comportamientos o las condiciones específicas que colocan a ese individuo en situación de riesgo para la infección por VIH, y del apoyo social que se le brinde. La disminución de la vulnerabilidad de un individuo supone a la vez cambios en su comportamiento y acciones que mejoren las condiciones sociales y la calidad de los programas ●

Tomado de *A Aids no mondo*, de Jonathan Mann, Daniel J. M. Tarantola y Tomas W. Netter. Ed. Relume Dumara, Brasil, 1993.

Traducción de Carlos Bonfil.

Si se dibuja un mapa del recorrido de la epidemia de sida por los diferentes sectores de la población, las líneas seguirán las rutas de la pobreza, la desigualdad y la marginación. En este reportaje se aborda a las poblaciones más castigadas por la pandemia y la situación de desventaja social en que se encuentran.



Grupos vulnerables: el espejo de la desigualdad

Alberto Trovalín

MANUEL ZOZAYA

Un adolescente homosexual de un pueblo de la sierra es descubierto por sus padres que lo rechazan y expulsan del seno familiar por lo que se ve obligado a emigrar a una ciudad cercana. Protegido por el anonimato, pero separado de sus redes de relación, se ve obligado a prostituirse para sobrevivir en la calle, acosado por la policía. El sida es para él algo lejano o inexistente. Años más tarde se descubre con síntomas de una infección por VIH avanzada. Carece de seguridad social y de dinero para medicamentos. Cuando finalmente ingresa a un hospital público ya está en fase terminal. Aún así es maltratado por médicos y enfermeras. El no lo sabe, pero todo este tiempo ha sido lo que se conoce como una persona *vulnerable.*

Oscar Jiménez

Tal como nos explica la trabajadora social Silvia Panebianco, "*vulnerabilidad global* es la incapacidad de una persona, familia, grupo o comunidad para absorber, mediante el autoajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente. En este caso, su incapacidad para responder activamente a la catástrofe del sida. El concepto de vulnerabilidad ha sido utilizado por las agencias internacionales para el desarrollo como una manera de denominar eufemísticamente lo que antes se conocía como miseria o marginación." En nuestro ejemplo inicial el protagonista, vulnerable por su condición de marginado sexual, es sometido a subsecuentes vejaciones que acentúan cada vez más su estado de vulnerabilidad.

Si observamos cuáles son los grupos vulnerables frente al sida, o cualquier otra catástrofe sanitaria, económica, ambiental o "natural", nos damos cuenta de que son precisamente aquellos que habían sido previamente vulnerados. En el caso del sida los grupos identificados como vulnerables son aquellos que participan de una o más causas de exclusión: homosexuales, hombres y mujeres dedicados al sexoservicio, usuarios de drogas intravenosas, niños de la calle, migrantes, etcétera. Es decir, se trata de los mismos grupos que al principio de la epidemia se les denominó como de "alto riesgo", término que se desechó para evitar la estigmatización de las personas pertenecientes a dichos grupos. Se dijo entonces que la epidemia se había convertido en pandemia y que afectaba a todos los grupos sociales por igual.

Los costos sociales de la homofobia

De acuerdo con este panorama, y con las autoridades de Salud, la pandemia del sida en México tiende a heterosexualizarse, ruralizarse y a tener una mayor incidencia en las rutas migratorias. Sin embargo, y sin negar estas posibilidades, es necesario hacer un examen más minucioso para conocer el verdadero impacto de la epidemia del sida en nuestro país y saber a quiénes está realmente afectando. Por ejemplo, el doctor José Antonio Izazola, coordinador de la Iniciativa Regional sobre Sida para América Latina y El Caribe (Sidalac) sostiene: "No quiero negar que existe un incremento en la transmisión heterosexual, pero creo que por otras razones ha sido exagerado", y agrega: "la primera epidemia de sida en México fue de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Al principio este grupo representaba 100 por ciento de los enfermos, pero a medida que se han agregado otras epidemias, pequeñas o grandes, ese 100 por ciento forzosamente tiene que disminuir. Se habla de que la tasa más alta de crecimiento es en mujeres o en adolescentes. Lo que pasa es que es mucho más alta la tasa de crecimiento cuando se pasa de un caso a tres, ya que el incremento es de 300 por ciento. En cambio, cuando se pasa de mil casos a 1,200 el incremento es de sólo 20 por ciento, pero en términos absolutos es mucho mayor".

Para el doctor Izazola ha existido homofobia en la toma de decisiones, ya que los datos han sido tomados selectivamente y "se niega que la epidemia en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres sigue aportando el mayor número de casos absolutos". Es decir, que las instancias encargadas de atender la cuestión, en un supuesto afán de proteger a los homosexuales del estigma han optado por omitir hacer mención de ellos. Esto para Izazola es "homofobia pura y plana porque se dice que hay que combatir al sida porque puede afectar a mujeres, niños o heterosexuales; o sea, aquella población no rechazada socialmente".

A este proceso, tan bien descrito por Izazola y Panebianco, se agrega la marginación tradicional en la que se desenvuelven las personas con preferencia homosexual. Como señala Warren J. Blumenfeld en su libro *Homophobia: how we all pay the price*: "las normas sociales o códigos de conducta, aunque no constituyan leyes o políticas escritas, legitiman la opresión social por medio de la exclusión de imágenes de lesbianas u hombres gay, bisexuales o transgenéricos, tanto de los medios de comunicación como de la historia o bien, los representan en forma negativa o estereotipada".

¿Tiene esto algo que ver con ser vulnerable ante el sida? Veamos: Simon y Gagnon, sexólogos franceses, explican cómo la existencia de un "script" o guión para los roles de género se aprende previamente y es significativo para hombres y mujeres jóvenes en la adquisición de comportamientos sexuales predeterminados. Sin embargo esto no funciona igual para los varones homosexuales, quienes generalmente no cuentan con fuentes de información acerca del comportamiento adecuado durante el inicio de su vida sexual. Esta ausencia de información lleva a la gran mayoría de los jóvenes gay a no usar protección en su *debut* sexual: "Me quedé a pasar la noche. Cuando estábamos a punto de ir a la cama se puso como animal. No pude decir que no. Sentí que tenía que tener una relación anal. No pensé en el VIH. El sida era como la guerra atómica o las hambrunas; cosas que están en el mundo, pero que no tienen que ver conmigo." Estas palabras de un joven noruego citado por Anne Lise Middelthon nos muestran cómo para las sociedades occidentales (y México no es la excepción) la intolerancia hacia los homosexuales asume (en su versión más benigna) la forma de omisión de la información. En este sentido, comenta el doctor Izazola "la campaña de la Secretaría de Salud está enfocada a padres y madres de adolescentes, y aquí hay otra falacia: si bien es cierto que hay muchos adolescentes que se infectan con el VIH, la mayor parte de estos (65 por ciento) son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, tal pareciera que eso se le olvida a las autoridades de Salud. Entonces, cuando sus campañas dicen: 'Hablemos del sida con nuestros hijos e hijas, una forma de evitar el sida es el condón', si los adolescentes varones gay no pueden hablar con sus padres de su orientación sexual ¿podrán hablar del uso del condón? Los adolescentes varones homosexuales son los más vulnerables porque están más aislados."

Ahora bien, como afirma Panebianco, "un hombre que tiene sexo con otros hombres, pero que no se asume como homosexual o bisexual, es más vulnerable que un gay asumido. No es igual decir 'soy gay y esto es parte de mi vida y de mi identidad' que avergonzarse y sentirse culpable de serlo y creer realmente que se está obrando mal y tener que ocultarse o llevar una doble vida, pero hay gente que no tiene otra opción o que no la ha encontrado. Sin embargo, en sida la vulnerabilidad básica es la pobreza o sea que si además de homosexual y VIH+ eres pobre, se están yuxtaponiendo varias vulnerabilidades."

Sexoservicio e indiferencia infantil

El caso de las personas que se dedican al trabajo sexual es similar. Cuando llegan a este oficio generalmente es porque han sido objeto de alguna exclusión anterior (miseria, falta de oportunidades laborales y/o educativas, abuso sexual, etcétera). Aunque entre las sexoservidoras la gran mayoría dice usar condón con sus clientes, en ocasiones estos pagan un poco más por no usarlo, lo cual obviamente pone en riesgo a ambos.

Elvira Madrid de la Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer "Elisa Martínez", A.C. reitera que la pobreza es uno de los factores principales de vulnerabilidad ya que "a veces no tienen dinero para comprar condones y otras veces se dejan convencer por los clientes para no usarlo e incluso algunas de sus representantes les dicen que no lo usen, con el fin de obtener más lucro".

Pero el otro gran factor que incide en su vulnerabilidad es la ignorancia, ya que más de 60 por ciento de ellas cursaron cuando mucho la primaria (el analfabetismo alcanza 8 por ciento). Muchas de estas mujeres se inician tan jóvenes en el trabajo sexual que no tienen la menor percepción del riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual o el VIH.

Aunque aparentemente la prevalencia del VIH entre las sexoservidoras de la Ciudad de México sigue siendo baja (0.33 por ciento según encuesta centinela practicada por el Conasida), el hecho de que esta actividad siga siendo semiclandestina no permite tener total certeza al respecto.

Muy diferente es el caso de los varones sexoservidores que por lo general no están en una situación de desventaja tan grave respecto de su clientela como las mujeres, por lo que podrían estar más capacitados para negociar el uso del condón con sus clientes. Sin embargo, no todos lo hacen, e incluso se calcula que la seroprevalencia en este grupo es de 13.5 por ciento, casi tan alta como en la comunidad gay masculina donde alcanza 15 por ciento.

Por su parte Jaime Montejo, coordinador de la Brigada Callejera se manifiesta indignado porque los convenios firmados por algunos grupos de prostitutas y las autoridades del XIV Distrito del D.F., según los cuales las trabajadoras sexuales se obligan a portar credenciales sanitarias y a registrarse en Conasida, van a repercutir en la aplicación de la prueba de detección de anticuerpos al VIH *voluntariamente a fuerza*, por lo que se pregunta "¿se trata de controlar al virus o a las prostitutas? ¿Por qué no mejor se aplica un programa de condón al 100 por ciento como el de Tailandia que tuvo tan buenos resultados?" y agrega "estos convenios atropellan los derecho humanos provocando la creación de circuitos clandestinos de prostitución para aquellas que resulten seropositivas, incrementando la extorsión y las prácticas de riesgo".

Para los niños de la calle, comenta Martín Pérez de El Caracol, A.C.: "el sólo hecho de estar en una situación de calle ya implica un factor de riesgo". Según el Fondo de la las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés), 80 por ciento de los llamados niños de la calle en México ya son adolescentes que manifiestan tener vida sexual activa en una tasa de 49 por ciento y haberse iniciado entre los siete y los trece años.

Gran parte de los chavos usuarios de los servicios de El Caracol, A.C., reportan haber sido víctimas de abuso sexual o violación (sobre todo las mujeres) desde sus hogares, de donde salen expulsados. Ya en la calle la actividad sexual se dirige a la búsqueda de satisfacción inmediata. Aunque la mayoría conocen la existencia del VIH por algún caso cercano, la desinformación o la información distorsionada hace que no se protejan. Por ejemplo algunas chavas piensan que al usar un dispositivo intrauterino (DIU) o algún otro anticonceptivo ya están protegidas.

Por otro lado, el chavo de la calle vive la muerte como algo cotidiano. La falta de autoestima, aunada a la indigencia impide que estos jóvenes se protejan. La violencia y el abuso de sustancias son causas más frecuentes de muerte que el mismo virus. De acuerdo con estimaciones de El Caracol, A.C., su esperanza de vida es de 25 años y la mayoría de los que se infectan con el VIH no conoce su estado serológico hasta que están en fase terminal.

El subregistro en usuarios de drogas

En el D.F. el consumo de drogas intravenosas es una práctica de introducción reciente, pero en otras ciudades como Guadalajara, Tijuana y Ciudad Juárez es mucho más frecuente. "En la actualidad hay registrados 418 casos de estos usuarios con sida", nos informa el psicólogo Armando Ruiz de el Conasida, "y la mitad de ellos se ubica en estas tres ciudades, aunque hay indicadores que permiten sospechar que existe un subregistro importante en este dato".

El adicto de tiempo completo a las drogas inyectables (principalmente la heroína, aunque la mayoría se consideran poliusuarios) es un individuo que por lo general se ha visto forzado a escoger entre la droga y su familia, el trabajo y sus otras actividades. Rara vez tiene acceso a servicios de salud y es común que muera por sobredosis, de manera que si era portador del VIH esto puede pasar desapercibido, aunque haya podido transmitir la infección a otros usuarios o a sus parejas sexuales, ya que el intercambio de sexo por droga o por dinero para comprarla también es algo frecuente.

Nos comenta Armando Ruiz que "95 por ciento de los usuarios de drogas inyectables son hombres, pero las mujeres usuarias viven en condición más crítica aún, ya que por lo general mantienen a su pareja, que también es usuario y para ellas resulta más fácil recurrir a la prostitución por lo que si no se infectan por vía intravenosa es probable que lo hagan por vía sexual. Esto puede complicarse más en el caso de que queden embarazadas, con la transmisión perinatal al producto. Como la droga que se consume es barata y de mala calidad el efecto es menos duradero, lo cual implica un mayor número de inyecciones, multiplicando así el riesgo de infección." A pesar de que en México no está prohibida la venta de jeringas sin receta, a veces por su aspecto, en la farmacia no atienden a los usuarios, además de que son objeto de hostigamiento policiaco, y andar en la calle con una jeringa resulta incriminador. Todo esto favorece la práctica de compartir jeringas en el picadero, lo cual los hace más vulnerables.

Por otra parte, el usuario no suele ser experto en inyectarse por lo que para estar seguro de que la aguja está en la vena tiene que retirar el émbolo y succionar un poco de sangre en la aguja que después comparte; a esta acción se le denomina "reportar". En la cárcel, según nos informa Ruiz, hay picaderos en los que una sola jeringa se utiliza hasta 500 veces.

Migración y conductas de riesgo

Julio llegó a Nueva York a los 16 años procedente de Atlixco, Puebla. El periodista Saúl Toledo, de Nueva Jersey, recabó su testimonio: "A la semana de llegado aquí me llevaron a uno de esos lugares en los que tomas y fumas y salen viejas encueradas bailando. Desde ese día no pude dejar de ir, cada sábado y a veces entre semana, iba a ver a las viejas, ya fuera solo o con mis primos. No pasaba yo a creer. Nunca había visto nada así. Ni siquiera me imaginaba que esto existiera, que a las viejas les gustara andar en la gritería enseñando las chichis y todo. Yo en mi tierra no conocía nada, puro monte. Aquí lo vine a descubrir todo, *todo*. Aquí vine a empezar a vivir." Después de un año, continúa la narración Toledo, Julio se mudó a Brick, Nueva Jersey, para llevar una vida más tranquila y poder ahorrar algo de dinero para enviar a su casa, pero no por eso dejaba de ir a *la casa de viejas de "El Chino"* en Lakewood. La mayor parte de la clientela de "El Chino" eran poblanos emigrados a la región, como Octavio, que renegó de su vida en *el desperdicio y la inmundicia* para predicar los textos bíblicos. Ahora, Julio espera a que sus cuates junten dinero para el avión de regreso a Puebla, donde un brujo lo va a curar. Mientras tanto Julio observa, bajo la luz vespertina que se filtra por la persiana, sus lesiones de sarcoma de Kaposi. ¿Cuántos como ellos habrá? Se pregunta Saúl Toledo.

La doctora. Alejandra Santaella, de la Asociación de Apoyo Contra el Sida de la Costa Oaxaqueña, A.C., no puede contestar esa pregunta ya que no confía en las estadísticas. "Pero ahorita tenemos —dice— como quince pacientes captados. Hay mucha gente infectada porque es zona turística y porque es zona de migrantes que a veces regresan con el virus. La mayoría de los pacientes llega en etapa terminal y de todos modos aquí no hay antirretrovirales ni nada. A veces cuando hay alguna defunción la gente se alarma y entonces sí piden información, pero pasado el susto se olvidan. No hay conciencia, no hay nada aquí en Puerto Escondido. Estamos pidiendo condones, porque decimos que hay que usarlos y no los tenemos. Para la gente la prioridad ahorita es reconstruir sus casas y comer, no comprar condones."



Arturo Cuenca

Género y vulnerabilidad

Las autoridades de Salud afirman que las mujeres y los adolescentes son dos de los grupos más vulnerables, pero Silvia Panebianco se pregunta "¿Cuáles mujeres y cuáles adolescentes? ¿Tienen el mismo grado de vulnerabilidad en Polanco que en Ciudad Neza o en Tepito?



David Silva

La doctora Laura Pedrosa de el Conasida responde categórica: "definitivamente los factores que más inciden en la vulnerabilidad de las mujeres son la miseria, la baja escolaridad y la ignorancia, aparte de nuestra cultura de inequidad de género que pone a la mayoría de las mujeres en una situación de desventaja para poder llegar a acuerdos con su pareja sobre las relaciones sexuales y el sexo protegido. Hasta la fecha persisten la idea y la práctica del control social del cuerpo de las mujeres. Por otra parte, la propia subjetividad de las mujeres retroalimenta la cultura de inequidad de género y en esto influye mucho la parte afectiva (por amor eres capaz de todo, inclusive de tener sexo sin protección, dejarte embarazar aunque no quieras o infectarte por VIH)."

Finalmente, concluye el doctor Izazola, "la manera de enfrentar la epidemia no es haciendo campañas generales que no le llegan a nadie, no vamos a apagar un incendio en un edificio dándole una cubeta de agua a cada inquilino, tenemos que atacar la fuente del incendio con un extinguidor. Las campañas tienen que dirigirse a los grupos específicos, no vamos a lograr que todas las mujeres usen condón con sus maridos, lo que tenemos que evitar es que ellos se infecten y promover que usen condón cuando tengan relaciones sexuales con otros hombres, eso se puede lograr creando conciencia en los grupos minoritarios como los homosexuales o las sexoservidoras. Esta es una alternativa mucho más pragmática." ●

Comunicador.

Prevalencia de la infección por VIH en distintos grupos de la población

Hombres que tienen sexo con otros hombres	*15.6%*
Usuarios de drogas intravenosas	*3.4%*
Trabajadoras del sexo comercial	*0.3%*
Donadores de sangre*	*0.04%*
Mujeres embarazadas*	*0.04%*

*Estas cifras se toman como base para calcular la prevalencia de la infección por VIH entre la población en general. (*Resultados de las Encuestas Centinela elaboradas por Conasida.*)

Itinerarios del azar y del encuentro amoroso

CARLOS BONFIL

En 1990, el cineasta estadunidense Norman René realiza la que hasta la fecha es una de las cintas más emotivas acerca de los estragos físicos y morales que causa el sida. *Juntos para siempre* (*Longtime companion*), primer retrato generacional de la epidemia, describe un círculo de gays neoyorkinos de clase media, entre los 25 y 40 años de edad —la franja de edad más afectada por la enfermedad—, y hace el recuento de la desaparición paulatina de sus miembros. Elegía de la pérdida afectiva y crónica de los golpes que, a mediados de los ochenta, la epidemia asesta a las certidumbres morales de una comunidad que descubre y afirma su identidad y sus placeres. Tres años después, la cinta canadiense *Amor y restos humanos* (*Love and human remains*), de Denys Arcand, explora la confusión sentimental y la ambigüedad sexual de un grupo de jóvenes en Montreal, con dos fantasmas ominosos: la figura de un asesino serial y la amenaza del sida. En 1994, *Filadelfia*, de Jonathan Demme, relaciona por primera vez en el cine hollywoodense el tema del sida y la homofobia para construir el relato de una amistad entre dos hombres de razas y orientaciones sexuales diferentes.



Robert Downey Jr. y Wesley Snipes en *Sólo una noche*

El sida, el recelo frente a la sexualidad, la angustia ante la idea de la muerte, y los efectos que el malestar cultural provoca en el comportamiento de los individuos, son cuestiones cuya expresión conquista terreno en el cine comercial, en la televisión, y de manera en ocasiones espectacular, en el teatro (*Angeles en America*); recientemente se ha expresado en cintas como *Jeffrey*, de Christopher Ashley o *Es mi fiesta*, de Randall Kleiser. De una u otra manera, la trama de las películas mencionadas se ve determinada o violentada por una agonía de sida. El personaje enfermo aparece como catalizador de las emociones y conflictos emocionales de quienes lo rodean: él es el espejo de sus miedos e inquietudes. Su desaparición presentida como inevitable agudiza los apetitos vitales, la vivencia de experiencias amorosas que se perciben como irrepetibles.

En la película *Sólo una noche* (*One night stand*), de Mike Figgis, el enfermo de sida, Charlie (Robert Downey Jr.) no es el personaje central, pero sí una pieza clave en el tablero de separaciones y acomodos sentimentales en el que se desplazan las dos parejas interpretadas por Wesley Snipes, Nastassja Kinski, Kyle MacLachlan y Ming-Na Wen. Charlie, viejo amigo y nuevo cómplice sentimental de Max (Snipes), adopta frente al desenlace fatal que sabe inminente una actitud digna y de lucidez extrema: "No me arrepiento de nada. Estoy asustado, pero al mismo tiempo fascinado por lo que sigue". Alejado de toda noción de culpa, su serenidad y sentido del humor contrastan con el desasosiego de su hermano Vernon (MacLachlan), quien al hablar de Charlie no puede evitar sentenciar: "Era de esperarse. No puedes ver a alguien jugando en un campo minado y sorprenderte de oír una explosión". Sin embargo, la película desvanece en parte la línea divisoria entre Charlie y los demás personajes. Las nociones de peligro, de riesgo, y conductas heterodoxas no son exclusividad de Charlie, el seropositivo. Cada personaje juega con transgresiones a los códigos de la moral sexual en terrenos igualmente minados. El lenguaje de la cinta es, con todo, sobrio, contenido, sin los aspavientos y excesos melodramáticos con los que Hollywood suele tratar el tema del adulterio. Y sin un tono de reprimenda moral. Resulta interesante la manera en que Mike Figgis combina las afinidades electivas de sus dos parejas amorosas y la lenta evolución de la complicidad afectiva entre Max y Charlie —un eco no muy lejano de la amistad que se construye entre los personajes de *Filadelfia* interpretados por Tom Hanks y Denzel Washington. En *Sólo una noche*, el director ofrece una radiografía de la vida urbana estadunidense, de la crisis de sus valores morales y sexuales, y de las diversas maneras de relacionarse amorosamente en tiempos del sida ●

Crónica sero

JOAQUIN HURTADO

A caballazos llega la bronquitis. A machetazos cunde la flema. A bala caliente te alcanza la úlcera. Cuarenta centígrados y nos dices que ves la sombra de la nada.

Son las ocho treinta de un domingo de viento y luna. De pronto la llamada. Cae la voz de Annie Lenox a su nivel más bajo. Se enrosca el terciopelo de la cálida noche invernal: Jordán acaba de morir.

Cuelgo el teléfono y le subo al estéreo. La onda de dolor comienza en un pequeño recuerdo, que ahora es para mi memoria un océano congelado. Trato de asirme de ese elegante gesto del caballero cuando me dijo que Pessoa significaba Nadie. Y yo me dejaba conducir en el enervante de un verso que Jordán recitaba con los ojos puestos en la ventana norte de su casa del cerro.

Una aguja traspasa mi lengua cuando comienzo a repetir el nombre del amigo, el título de una película carbonizada. La muerte vampira se asoma por un hoyito en la puerta de mi recámara. La muerte charra trata de enseñarme los colmillitos. Temo ahora por mí y esto me llena de vergüenza. Se traslapan los sentimientos y en ese instante sé que gana ella. Sé que estoy moviendo mal las piezas del ajedrez infame cuando alguien dentro de mi corteza vocifera que el poeta tenía conteos linfocitarios de un chaval. El tierno anciano se ufanó hasta la embriaguez de un virus indetectable durante los últimos dos años.

¿Qué pasó? ¿Qué falló en ese osario recubierto por tantas cicatrices quijotescas? ¿Qué clepsidra se agotó sin que uno sólo de nuestros magos lo pudiera advertir? ¿Por qué, acuamarítima, te dejamos escurrir a los pantanos?

Qué fácil es hacerse el pendejo. Qué barato resulta olvidarme de que así se escribe el nombre de la novela gótica de cada una de mis células. Porque luego cayeron, como rocas iracundas, las noticias de otros nombres, otros rostros, otras risas conocidas que se desvanecieron en esta geografía de sangre y rastrojos putrefactos. Entonces sobrevino el estirón obsceno en medio de la pesadilla: ya no tuve lágrimas, ni júbilo, ni miedo, ni nada. Me ando muriendo ●



PETER AGGLETON

Se ha vuelto un lugar común el relato sobre jóvenes y sida con un conjuro ritual sobre supuestas verdades acerca de los jóvenes y su comportamiento sexual. Frecuentemente se comienza diciendo que "la adolescencia" es un tiempo de transición de la niñez a la adultez, un periodo de tormenta y tensión, y una fase que requiere de una negociación cuidadosa si el o la joven finalmente va a adoptar una adultez madura y responsable. Esta caracterización de los jóvenes y de sus necesidades asume un supuesto difícil de desafiar, ya sea conceptual o empíricamente, y ayuda a constituir una "verdad" acerca de los jóvenes y la epidemia del sida que ha nutrido las acciones de los encargados de diseñar políticas, de los prestadores de salud y de muchos padres.

Pero detengámonos un momento a considerar los orígenes de estas ideas y su aplicabilidad masiva a los jóvenes de cualquier condición alrededor del mundo. Al contrario de lo que se cree popularmente, la adolescencia y la juventud son periodos de la vida sorprendentemente variables, tanto a través de la historia como de las culturas. Antes de la primera mitad del siglo XIX en Europa y de la mitad del XX en muchos otros lugares del mundo, estos conceptos probablemente no existían, por lo menos no en la magnitud en que hoy existen. En aquel entonces muchos y muchas jóvenes negociaban la transición de la niñez a la adultez con relativa velocidad y a una edad mucho más temprana de lo que sucede hoy en día[1]. Estas evidencias sugieren que la juventud y la adolescencia son periodos de la vida socialmente construidos, *artefactos culturales* establecidos en momentos particulares de la historia para propósitos particulares, e imbuidos de significados que pueden hablarnos tanto de las preocupaciones de los adultos como de los propios jóvenes.

Asimismo, es posible que dentro de una sociedad la experiencia de los jóvenes varíe dependiendo de sus contextos sociales y culturales y de las expectativas que los acompañan, de su género, su bienestar físico y mental, su sexualidad, etcétera. Es simplemente inexacto sugerir que la experiencia, las preocupaciones y las necesidades de un muchacho de trece años que asiste a una escuela privada de un suburbio pudiente de la Ciudad de México son las mismas que las de un joven que asiste a una escuela de gobierno en un barrio deteriorado. Menos aún podrían equipararse a aquellas de una joven chiapaneca de trece años. Mientras los tres pueden compartir la misma edad cronológica, las experiencias sociales, las esperanzas y las aspiraciones que se generan seguramente serán diferentes. ¿Cómo es, entonces, que los investigadores, los psicólogos en particular, han entendido la experiencia de los jóvenes de manera tan uniforme?

La normatividad de sus marcos analíticos es llamativa, pues buscan incluir *todo* el comportamiento juvenil y adolescente dentro de los parámetros occidentales de la segunda mitad del siglo XX. De hecho, estas ideas han sido tan poderosas que algunos escritores hablan de características adolescentes universales, negando cualquier consideración acerca de las maneras en que las experiencias y las vidas de los jóvenes pueden variar según su género, etnia, estatus marital y orígenes sociales, entre otros factores.

Un menú de opciones preventivas para los jóvenes

Hace cerca de seis años, mientras revisabamos la literatura sobre jóvenes y sida, Ian Warwick y yo describimos las formas estrechas y estereotipadas en que los jóvenes han sido retratados en relación a la epidemia[2]. Entre estas imágenes de la literatura encontramos el "adolescente ignorante", el "adolescente de alto riesgo", el "adolescente sobredeterminado" y el "adolescente trágico". La primera de estas categorías, dominante en aquel momento, sugería que los jóvenes eran muy ignorantes respecto a la amenaza de infección por VIH y a las medidas para prevenirla. La segunda se ligaba más estrechamente con la creencia de que los jóvenes, en esencia, eran más propensos a correr riesgos que los adultos, lo cual derivaba seguramente de la teoría de la juventud "desenfrenada" promulgada entonces, como ahora, por la psicología popular y los medios masivos de comunicación. La tercera caracterización, que combina determinismos tanto biológicos como sociales, sugiere que el comportamiento de los jóvenes es principalmente el producto de fuerzas que van más allá de su control y que los impulsan a plegarse a las normas del grupo de pares y a la necesidad de pertenecer a un grupo. La cuarta imagen se reservó para aquellos jóvenes que desafortunadamente desarrollaron el sida, y para los cuales la supuesta "inocencia" de la juventud entraba en contradicción con los sucesos por los que pasaron.

Dos factores de las descripciones anteriores merecen particular atención. Primero, afirman casi universalmente la existencia de déficits y/o patologías del funcionamiento personal y social de los jóvenes. Segundo, ninguno ofrece una descripción de los jóvenes y sus necesidades sexuales y reproductivas que sea explícitamente diferenciada por clase, género o cultura. Más bien, la edad se erige como el factor determinante que agrupa experiencias y predicamentos tan dispares.

Pocos abordajes se ocupan de los deseos, motivaciones y comportamientos sexuales de los jóvenes de maneras que pudieran ser significativas para los individuos involucrados. De hecho, en la mayoría de las descripciones actuales la sexualidad no se discute, pues se asume que todos los jóvenes son inequívocamente heterosexuales, y el comportamiento sexual se reduce a los efectos de la biología, de la deficiente socialización y el aprendizaje fallido, del aburrimiento y la frustración, entre otros factores. Frecuentemente son las consecuencias negativas del comportamiento sexual las que se subrayan, como el embarazo adolescente no deseado y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Este énfasis es desafortunado por dos razones: no solamente proporciona una compresión limitada de los jóvenes y de sus necesidades sexuales y reproductivas, sino que nos invita a ver la sexualidad de los jóvenes en términos *negativos* —como algo que necesita controlarse y constreñirse, no como una fuerza creativa capaz de ofrecer placer, satisfacción y crecimiento.

Si se pretende que la promoción de la salud sexual y reproductiva sea significativa para los jóvenes, debe apelar a la experiencia vivida. Es decir, debe ocuparse de lo que los jóvenes consideran real en sus vidas —sus preocupaciones y aspiraciones, y los dilemas que enfrentan día a día. Debe, por lo tanto, priorizar la *evaluación de necesidades* como el primer paso para conocer las circunstancias y necesidades individuales. Más aún, debe reconocer que las vidas humanas están *situadas* —es decir, que suceden en contextos y situaciones particulares.

En el campo del VIH/sida la clave para el trabajo efectivo con jóvenes está en establecer un nivel productivo de *complementariedad* y *comparabilidad* entre intervenciones comunitarias de diferentes tipos, no en buscar una solución particular que "funcione". En virtud de que las experiencias de las personas cambian temporalmente y de acuerdo a las circunstancias, deberíamos ser cautelosos al tratar de identificar una estrategia o medida supuestamente universal para promover o sostener el sexo seguro.

Más bien, nuestra preocupación debería de ser ofrecer un menú de opciones y recursos de reducción del riesgo con el cual los jóvenes puedan protegerse a sí mismos y a sus parejas contra riesgos relacionados con el sexo. Este abordaje implica humildad y respeto por parte de los investigadores y los especialistas en promoción de la salud, quienes podrían estar tentados a imponer o buscar soluciones supuestamente universales a lo que son esencialmente problemas de contextos específicos ●

Fragmentos de la ponencia *Sexual practices, sexually transmitted diseases and AIDS among young people*, presentada en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad, realizado por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. Noviembre de 1996.

Selección y traducción: Ana Amuchástegui.

1 Ariès, P. 1962. *Centuries of childhood*. Harmondsworth, Penguin Books.

2 Warwick, I. y Aggleton, P. 1990. "Adolescents", young people and AIDS research. *En*: Aggleton, P.; Davies, P. y Hart, G. (Eds.) *AIDS: Individual, cultural and policy dimensions*. Basingstoke, Palmer Press.

Control de infecciones en el consultorio dental

ENTREVISTA CON EL ODONTOLOGO ENRIQUE ACOSTA GIO, DE LA UNAM

CARLOS LOPEZ CASTAÑEDA

A raíz de la epidemia de sida ha surgido una legítima preocupación por la probabilidad de infectarse con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante un tratamiento odontológico. ¿Qué tan real es esta posibilidad y qué medidas pueden tomarse para evitar el riesgo? Para responder estas preguntas entrevistamos al doctor Enrique Acosta Gio, del Comité de Control de Infecciones y Seguridad Ocupacional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estas son sus reflexiones:

"El riesgo de infección por VIH en el dentista es mínimo o inexistente para el paciente. Dicho riesgo es mayor para el profesional que se puede infectar al cortarse un dedo y tener contacto con sangre potencialmente infectada. Sin embargo, aunque la cantidad de sangre a la que nos exponemos es muy baja, el riesgo de contraer hepatitis B es mucho más alto y no produce el miedo desproporcionado que a algunos les causa el VIH. Sin embargo, nuestros pacientes esperan y merecen ser atendidos con instrumental estéril, debidamente procesado para su uso y jamás consentirían en ser atendidos con un instrumento hueco a sabiendas de que en su interior contiene sangre y saliva de otros pacientes. Los cirujanos dentistas sabemos que el interior de la pieza de mano o taladro dental fácilmente se contamina y retiene en su interior microorganismos, saliva y sangre, potencialmente infecciosos, de los pacientes, que pueden ser arrojados en la boca de quienes reciben un tratamiento dental subsecuente. Tradicionalmente, por razones de índole tecnológica, esto ha sido pasado por alto y hay dentistas que ni siquiera lavan la pieza antes de meterla en la boca del próximo paciente. Esta práctica subsiste porque hay resistencia a adoptar nuevas tecnologías pensando erróneamente que éstas van a ser muy costosas. De hecho una olla doméstica de presión que cuente con un manómetro nos permite esterilizar el material en quince minutos, a 121°C, con una presión de 1 kg/cm².

"No existe —aún— evidencia científica de que la pieza de mano haya participado en la transmisión de enfermedades infecciosas entre pacientes. Pero no es lícito decirle a los pacientes que no esterilizaremos este instrumento hasta que se le asocie con una infección cruzada. La transmisión de infecciones mediante instrumental contaminado es prácticamente imposible de rastrear, pues se requiere de un sofisticado sistema de seguimiento epidemiológico. La aparente ausencia de casos documentados sólo nos brinda una falsa sensación de tranquilidad. Sin vigilancia epidemiológica tampoco tenemos confirmación de que jamás hemos infectado a nuestros pacientes y *no podemos acumular evidencia científica de que los pacientes están libres de riesgo al recibir tratamiento bucodental.* Es posible que en nuestro ejercicio cotidiano estemos brindando atención a individuos portadores de enfermedades transmisibles, sin que su historial clínico nos permita reconocerlos. Es ingenuo confiar en que la historia clínica y la auscultación limitada nos permitirán distinguir a los pacientes portadores de una enfermedad infecciosa. *Para el dentista la saliva es sangre. La saliva que el dentista maneja frecuentemente está contaminada con sangre, por eso debe considerarse potencialmente tan infecciosa como ésta.*


Waak/OPS

"Hay una necesidad impostergable por brindar una información académica más amplia a los profesionales de la salud, médicos dentistas y enfermeras que hoy en día ejercen. Necesitamos vigilar que los programas educativos de las carreras como Cirujano Dentista tengan ya incorporada la materia de Control de Infecciones y Seguridad Ocupacional y que estas materias sean impartidas por profesionales capacitados y actualizados permanentemente.

"La Asociación Dental Americana sugiere que los pacientes soliciten una visita guiada a las instalaciones del consultorio de su dentista para que les muestre cómo lava, cómo desinfecta, cómo esteriliza su instrumental. Si las respuestas no son satisfactorias cambie de dentista." ●

FRANCISCO ROSAS

Ficha nueve

¿Qué onda con las enfermedades sexuales?

¿Traes condón? —pregunté con cierto nerviosismo. No —contestó—, tranquila —me susurró al oído. Fueron sus últimas palabras. Tengo 19 años de edad. Fui diagnosticada positiva a la sífilis. Con un poco de control, pude haber evitado estos problemas, pero en ese momento me sentí increíblemente segura.

¿Qué es?

Es una enfermedad, producida por una bacteria conocida como *Treponema pallidum*, que se adquiere por contacto sexual desprotegido con una persona infectada.

¿Cuáles son los síntomas?

Ocurren en tres etapas:

1. Aparece una pequeña herida, que desaparece poco después, en pene, vagina y cuello de la matriz o alrededor del ano o en la boca.
2. Dolor de cabeza y en los músculos, fiebre y pérdida de peso; se pueden notar puntos de color rojo en las palmas de las manos y plantas de los pies.
3. Después de algunos meses e inclusive años, ocurren serios e importantes problemas de salud que pueden poner en peligro la vida.

Los bebés de mujeres embarazadas afectadas por la sífilis pueden verse dañados seriamente.

¿Qué puedo hacer?

1. Sigue las recomendaciones de un especialista.
2. No tengas contacto sexual. Las úlceras, producidas por la sífilis, son puertas de entrada para el VIH.
3. Habla con tu compañero sexual.
4. Di no a una relación sexual desprotegida. En caso de que tu compañero se resista enséñale la puerta de salida.
5. Juega con el condón. Siéntelo.
6. Platica con tus amigas sobre esta experiencia. Pregúntales cómo se hubiesen comportado.
7. Pronto podrás comprar condones para mujeres. Pregunta cuándo y en dónde a Telsida 207-4077 y en De Joven a Joven al 518-4107.

Educador sexual.

Nuevo procedimiento para la detección temprana del VIH

JESSICA JAIVEN Y CARMEN SOLER

Hoy en día, el diagnóstico de la infección por el VIH se basa en la detección de anticuerpos específicos contra el virus que se encuentran en la sangre de una persona. La presencia de estos anticuerpos indica que esa persona ha estado expuesta al virus y ha sido infectada. Así, a alguien que resulta "positivo" en estos ensayos se le clasifica como "seropositivo", lo cual significa que en su "suero" hay anticuerpos contra el virus.

Una pregunta que nos hemos hecho todos es ¿si me expongo al virus, cuándo se pueden detectar los anticuerpos?, y hasta ahora la respuesta es estadística, como muchas veces en la medicina. La mayoría de los individuos infectados desarrollarán anticuerpos en un periodo aproximado de ocho semanas, sin embargo, este lapso, llamado "periodo de ventana", es variable. Existen datos de individuos que se han "seroconvertido", o sea que de ser negativos pasan a ser positivos, en periodos de meses o años.

El "periodo de ventana" tiene importancia porque sabemos que alguien que ya se infectó con el virus, pero da resultados negativos en la prueba ELISA de detección de anticuerpos al VIH, puede infectar a otras personas. De hecho, se sabe que en las primeras dos o tres semanas después de la infección, la cantidad de virus en el organismo es muy alta aunque no haya desarrollado anticuerpos para combatirlo.

En el laboratorio de la doctora Tamar Jehuda-Cohen se ha desarrollado una tecnología, derivada de estudios básicos de inmunología en personas y animales infectados por VIH o virus animales equivalentes, que permite "acelerar" la producción de anticuerpos fuera del organismo, en muestras de sangre de personas que ya han sido expuestas al virus. Este desarrollo se ha patentado con el nombre de "Tubos Shiloov".


Waak/OPS

El "Tubo Shiloov" se emplea para tratar la muestra de sangre antes de la detección regular que se hace de anticuerpos. El tubo contiene un medio de cultivo al cual se le añade una muestra de sangre, se incuba y si el individuo ha estado en contacto con el virus, las células de su sangre producirán anticuerpos en la solución del tubo, los cuales se pueden detectar por los mismos ensayos que se emplean para el suero.

Los estudios realizados con este tubo en distintas poblaciones, de distintos países, incluido México, demuestran que la prevalencia de infección por VIH que se encuentra con este método es aproximadamente el doble que con los métodos usados hasta ahora. Es decir, en poblaciones de 1 por ciento de positividad por los métodos actuales se encontraría 2 por ciento de positivos al utilizar este nuevo método.

Con estos datos surgen varias preguntas importantes: la gente que es seronegativa al VIH pero que resulta positiva a anticuerpos con el uso del tubo Shiloov ¿puede infectar a los demás? ¿Se hará "seropositivas al VIH" en un tiempo posterior? ¿Evolucionará a la enfermedad —sida— sin seroconvertir?

Todas estas preguntas están en estudio.

Tal vez la primera es la más importante en términos de prevención de la transmisión, tanto sanguínea como sexual o perinatal y por ahora los datos indican que sí. Para responder esta pregunta los datos más interesantes surgen de un modelo animal, es decir, de los estudios con monos. Se ha demostrado que la sangre de un mono infectado con el virus de simio (VIS) equivalente al humano (VIH), seronegativa por métodos regulares, positiva por tubo Shiloov, transmite la infección a otro mono si se inyecta en él. O sea, en humanos podemos pensar que si alguien seronegativo, da positivo con la prueba Shiloov y dona sangre, esa sangre puede transmitir el virus al receptor. *Alguien seronegativo al VIH, pero positivo por el método del Tubo Shiloov, sí puede transmitir la infección.*

Las otras dos preguntas formuladas no tienen una respuesta tan clara. Hasta ahora sabemos que de los individuos seronegativos, Shiloov positivos, algunos seroconvierten posteriormente, se cree que estos se encuentran en lo que hemos llamado "periodo de ventana", y a lo largo de las siguientes semanas sus ensayos serológicos darán resultados positivos. Sin embargo, también existen individuos que se ha demostrado que pueden ser seronegativos, Shiloov positivos, por largos periodos de tiempo, en algunos casos varios años. En esos casos también se ha observado que estos individuos, mientras sigan siendo serológicamente negativos no progresan hacia la enfermedad. Se han observado este tipo de situaciones principalmente en parejas sexuales de individuos infectados por el VIH, quienes han estado expuestas al virus pero no presentan anticuerpos en su suero.

Estos hallazgos tienen muchas implicaciones tanto en el área de prevención como en la de estudios básicos sobre el virus y su relación con quien lo alberga.

En el área de prevención, la disponibilidad de métodos diagnósticos de infección seguros son los que garantizan que la sangre que se emplea con fines terapéuticos sea lo más segura posible. Actualmente, por Norma Oficial, toda la sangre que va a ser usada para transfusiones o para preparar productos derivados de ella debe ser sometida a ensayos de detección de anticuerpos. Aunque esto no está normado de la misma manera, la detección de anticuerpos debe realizarse con la metodología más avanzada y más segura que exista en el mercado. Si analizamos los datos oficiales de Conasida sobre el número de casos de transfusión sanguínea reportados en 1997 (89) la cifra es demasiado alta considerando una aplicación adecuada de la Norma a partir de 1986. Estos casos no podemos explicarlos como personas infectadas antes de que se estableciera la obligatoriedad de los ensayos puesto que ya pasaron once años. De hecho, si los ensayos que se están empleando para asegurar la calidad de la sangre fueran adecuados esa cifra actualmente debería ser cercana a cero.

El empleo de estos tubos también tendrá un papel primordial en el control de la transmisión sexual y perinatal, puesto que la mayoría de las personas que transmiten el virus por vía sexual no saben que ellos están infectados ●

Investigadoras de la Unidad de Investigación en Retrovirus Humanos, Facultad de Química, UNAM e INDRE/Ssa.

Para servirle a usted

Atención a grupos vulnerables

Ofrecemos un directorio de Organizaciones Civiles (OC) e instituciones gubernamentales que realizan trabajo de prevención del sida y de atención a grupos vulnerables como niños de la calle, migrantes, homosexuales u hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), trabajadoras sexuales y usuarios de drogas. Para mayor información diríjase a Telsida: 207-4077 en el D.F. y para el resto del país al 01(800)9-0832. Cualquier información que ayude a completar este directorio, siempre y cuando sean servicios comprobables, diríjala al Tel./Fax: 538-7400 o al correo electrónico: letrassida@laneta.apc.org

Instituciones gubernamentales
Conasida
Calz. de Tlalpan N°4585 2o. piso
Col. Toriello Guerra. 14050, México, D.F.
Tels: 528-4084 • 528-4856
Fax: 528-4220/Telsida: 207-4077
Lada sin costo: 01(800)90832
C. electrónico: conasida@cenids.ssa.gob.mx
Organo responsable de normar, regular y vigilar la aplicación de la política gubernamental en el sistema nacional de salud. Realiza investigaciones para la prevención y atención de sexoservidoras, migrantes, usuarios de drogas y hombres que tienen sexo con otros hombres financiadas por Onusida y por otras instancias internacionales. Cuenta con dos centros de información y un centro para sexoservidoras que proporcionan servicios en la Ciudad de México. A partir del 1 de enero instalaron dos clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
Coesida Jalisco
Dr. Baeza Alzaga N°107
Sector Hidalgo. 44100, Guadalajara, Jal.
Tel.: (3)658-2606/Fax: (3)613-4503
Sidatel: (3)613-7456
Lada sin costo: 01(800)3-6488
Coordina el programa descentralizado de prevención y atención en todo el estado, incluye el trabajo con trabajadores migrantes, trabajadores(as) sexuales, homosexuales y usuarios de drogas intravenosas. Servicio telefónico de información.

Niños en la calle
El Caracol, A.C./Centro de capacitación y educación recreativa
Heliodoro Valle N°337. Col. Lorenzo Boturini
15820, México, D.F. Tel.: 764-2121
Tel./Fax: 768-1204
C. electrónico: caracol@dns.supernet.com.mx
Internet: http://www.el-caracol.org.mx
Casa transitoria para jóvenes de la calle. Talleres educativos y capacitación para el trabajo. S.O.S en la calle: programa sobre abuso de substancias y Prevensida Callejero. Atención a infractores.
Fundación Casa Alianza México, I.A.P.
Av. Paseo de la Reforma N°111
Col. Guerrero. 06300, México, D.F.
Tels.: 521-4207 • 510-9426 ext. 215
Fax: 521-4207 • 510-9426 ext. 201
C. electrónico: 71173.2410@compuserve
Internet: http://www.casa-alianza.org
Información, prevención y atención del sida a niños que viven en la calle. Cuentan con diez camas y programas residenciales para niños con VIH.

Migrantes
DISTRITO FEDERAL
Secretaría de Relaciones Exteriores
Programa de Atención a Comunidades Mexicanas en el Extranjero
Homero N°213 13vo. piso
Col. Chapultepec Morales
11560, México, D.F
Tel.: 255-0988/Fax: 327-3274
Programa de servicio en sida en la red de Institutos y Centros Mexicanos y/o Consulados de la Unión Americana.
Sedesol/Programa Nacional de Jornaleros Agrícolas
San Antonio Abad N°124 Edif C. 2o. piso ala norte. Col. Tránsito
06820, México, D.F.
Tel.: 741-2979/Fax: 740-7840
Coordina la colaboración con los Sistema Nacional y Estatales de Salud para la prevención y atención del sida en comunidades de jornaleros migrantes en los estados del sur y norte del país.
OAXACA
Coesida Oaxaca
Murguia N°46. Centro
68000, Oaxaca, Oax.
Tel./Fax: (951)4-6536 • 4-6553
Coordina la estrategia de prevención del sida en comunidades de migrantes y participa en el PIEP. Capacitación a personal de salud. Canalización para la atención médica y psicológica en los servicios de salud estatales.
Asociación de Apoyo Contra el Sida de la Costa Oaxaqueña, A.C.
Costera del Pacífico s/n
Col. Granjas del Pescador
71980, Puerto Escondido, Oax.
Tel./Fax: (958)2-0329
Programa de prevención en zonas indígenas y migrantes.
PUEBLA
Coesida Puebla
11 Oriente y 10 Sur. Centro
72000, Puebla, Pue.
Tel./Fax: (22)46-4415
Programa de prevención en comunidades migrantes.
MICHOACÁN
MUSS, A.C.
Michoacanos por la Salud y Contra el Sida, A.C.
Igancio López Rayón N°578. Centro
58000, Morelia, Mich.
Tel./Fax: (43)17-0597
Prevención del sida en comunidades de migrantes. Elaboración de materiales educativos específicos. Canalización para la atención médica y psicológica.

Hombres que tienen sexo con otros hombres
Ave de México, A.C.
Tuxpan N°2-1004. Col. Roma
06760, México, D.F. Tel.: 574-5309
Cursos de sexualidad y sida. Taller de sexo seguro para hombres gay.
Cecash, A.C.
Edificio Chamizal Dpto. 501
Tlatelolco. 06300, México, D.F.
Tel./Fax: 583-9914
Talleres de sexo seguro, autoestima, homosexualidades y desarrollo humano.
Círculo Cultural Gay
Yosemite N°11–1. Col. Nápoles
03810, México, D.F. Tel.: 536-8242
Organiza la Semana Cultural Lésbica-Gay.
Comisión Ciudadana contra crímenes de odio por Homofobia
Zempoala N°9-205. Col. Narvarte
03020, México, D.F. Tel./Fax: 538-7400
C. electrónico: letrassida@laneta.apc.org
Defensoría y seguimiento legal de asesinatos de homosexuales por homofobia, entre otros.
Grupo Homosexual de Acción Inmediata
Florencia N°37. Zona Rosa
Martes de 20:00 a 22:00 hrs.
Tel. radio: 227-7979 clave 5566397
C. electrónico: agujero1@hotmail.com
Grupo de información sobre homosexualidad en México, cultura, política y sida. Editor de publicaciones gay.
Iglesia de la Comunidad Metropolitana, A.R. "Nuevos Horizontes"
Norte 77 N°3218. Col. Obrero Popular
02840, México, D.F. Tel./Fax: 396-7768
Asistencia espiritual a la comunidad lésbico-gay. Prevención del sida y apoyo espiritual a homosexuales con VIH/sida y a sus parejas.
BAJA CALIFORNIA
Frente Internacional por las Garantías Humanas Tijuana
Organización Sida Tijuana, A.C.
Calle 3a. N°1810-11. Col. Centro
22000, Tijuana, B.C. Tel./Fax: (66)88-0267
Promoción y defensa de derechos humanos en sexualidad, orientación sexual, sida y trabajo sexual. Edita el periódico *Frontera Gay.*
C. electrónico: fontera@bbs.cincos.net
NUEVO LEÓN
Movimiento Abrazo, A.C.
Alvaro Obregón N°1309 Nte. 2a. planta
Col. Terminal. 64000, Monterrey, N.L.
Tel./Fax: (8)375-6889
C. electrónico: spositiv@mail.net.mx
Asesoría en sida, derechos humanos y salud sexual. Prevención del sida en jóvenes, gays y sexoservidoras(es).
Colectivo Nancy Cárdenas
Condominios Constitución Edif. 39-32
64000, Monterrey, N.L.
Tel.: (8)345-0927/Fax: (8)375-6889
C. electrónico: spositiv@mail.net.mx
Promoción y educación sobre salud sexual y el VIH/sida a la comunidad lésbico-gay de la región. Promoción y defensa de derechos. Ediciones *Jotita de la Encarnación* sobre literatura gay de la región.

Agradecemos a la
Fundación John D. and Catherine T. MacArthur
por el apoyo brindado a nuestro proyecto

LETRA S

OAXACA
"Ama la Vida"/Guanxhii Guendanabani
Belisario Domínguez N°10. Centro.
70000, Juchitán, Oax. Tel.: (971)1-1420
Prevención con jóvenes, maestros, padres de familia, comunidad gay y travestí. Proyecto preventivo show travesti "Intrépidas Buscadoras de Peligro".
TABASCO
Club Gay Amazonas
Calle 24 N°105. Centro
Tenozique, Tab. Tel.: (934)2-0134
Prevención del sida en barrios, escuelas y lugares de reunión de gays.
VERACRUZ
Centro de Estudios Sociales Xochiquetzatl, A.C.
Xalapeños Ilustres N°186. Centro
91000, Xalapa, Ver. Tel./Fax: (28)18-4878
Prevención del sida con jóvenes, padres de familia, comunidad gay. Radionovela sobre sida de la región. Talleres e investigación sobre sexualidad. Promoción de organizaciones gay.

Trabajadoras(es) sexuales
Centro "San Simón"
San Simón N°94. Col. Portales
03300, México, D.F.
Servicios a trabajadoras sexuales de pruebas de detección de anticuerpos al VIH. Servicio médico y psicológico.
Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer "Elisa Martínez", A.C.
Cuadrante de la Soledad N°8-A
Col. La Merced. 06060, México, D.F.
Tel./Fax: 542-3636
Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida en trabajadoras sexuales. Programas de mercadeo social del condón. Atención médica y psicológica. Desarrollan proyectos similares en Querétaro e Hidalgo.
Mujeres por la Salud y en Acción Contra el Sida, A.C./Casa de las Mercedes
Berriozabal N°39. Col. Morelos
15270, México, D.F. Tel./Fax: 702-8717
Programas de prevención de ETS/sida con trabajadoras sexuales. Canalización a servicios de salud para mujeres con VIH/sida.
CHIHUAHUA
Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar, A.C.
Plutarco Elías Calles N°744 Nte.
Col. Progresista. 32310, Cd. Juárez, Chih.
Tel.: (16)16-0833/Fax.: (16)16-6535
Programa de prevención del sida con trabajadoras(es) sexuales. Servicio médico.

Usuarios de Droga
CHIHUAHUA
Programa Compañeros, A.C.
Av. López Mateos N°848 Sur
Fracc. Los Nogales. 32310, Cd. Juárez, Chih.
Tel.: (16)11-3792/Fax: (16)13-0257
C. electrónico: compa@interjuarez.com
Programas de prevención del sida en mujeres y usuarios de drogas. Grupos de autoapoyo para personas con VIH/sida.

Líneas de información telefónica
AyudaTel.: 574-2373
Horario de 16:00 a 20:00 hrs. lunes a sábado
Información sobre sexualidad y sida, asesoría sobre identidad sexual y emocional. Referencia a servicios.
Telsida: 207-4077
Del interior del país: 01(800)9-0832
Lunes a Viernes de 9:00 a 21:00 hrs.
Orientación en general sobre sida. Canalización a profesionales, instituciones públicas y privadas. Cuenta con una importante base de datos.
De Joven a Joven: 518-4107
Programa de orientación a adolescentes DIF/Conapo. Información sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida, entre otros. Servicio las 24 horas, todos los días del año.
LocaTel/NiñoTel: 658-1111
Saptel
Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono
Cruz Roja Mexicana
Tel.: 395-1111 ext. Saptel
Apoyo psicológico en caso de crisis emocional y deemergencia a cualquier persona. Canalización de casos a diversos apoyos. Servicio Gratuito. Horario las 24 hrs, los 365 días del año.

Agenda

Convocatoria
5 de febrero
XI Caminata Nocturna Silenciosa
Convocatoria a la primera reunión que se llevará a cabo de las 18:00 a las 20:00 hrs en las instalaciones de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida, A.C.
*Calle 19 N°75. Col. San Pedro de los Pinos. Delegación Benito Juárez.
Tels./Fax: 515-7913 • 273-3807
Organiza el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida.

18 de febrero
Presentación del libro *Laredo song* de Joaquín Hurtado. Ediciones Conarte y Conaculta.
Participan: Tito Vasconcelos, Eduardo Parra y Gabriel Contreras.
*Museo de la Historia Mexicana
Centro Monterrey. 20:00 hrs.

18 de febrero
IV Aniversario del programa
Taller de Sexualidad
Miércoles de 11:00 a 13:00 hrs. Canal 11.

Del 25 al 27 de marzo
"El VIH/sida: Reto social y desafío legislativo"
MESAS 1: Investigación. 2: Prevención.
3: Tratamiento. 4: Participación social.
5: Presupuesto para su atención integral.
6: Propuestas legislativas.
Las ponencias serán recibidas antes del 18 de marzo, deberán tener una extensión máxima de diez cuartillas a doble espacio y se acompañarán de un resumen de no más de tres cuartillas de las mismas características. Entregarlas o enviarlas a:
*Comisión de Salud de la Cámara de Diputados Edificio "D" Av. Congreso de la Unión N°66. Col. El Parque. Delegación Venustiano Carranza. C.P. 15969, México, D.F.

50 INNSZ 1946 - 1996

Estudio de Investigación
Tratamiento de la Retinitis por Citomegalovirus para personas con VIH/sida

- Tiene problemas con su visión
- No tiene aún problemas con su visión pero tiene un recuento de linfocitos CD_4 menor de 100 CD_4/mm^3
- Le han diagnosticado retinitis por CMV y aún no recibe tratamiento

Instituto Nacional de la Nutrición *Salvador Zubirán* Vasco de Quiroga N°15, colonia Sección XVI, México, D.F., Tlalpan 14000 Tel.: 573-1200 exts. 2420 y 2421
con el dr. Juan Sierra o la dra. Dora Carranza o al Biper 230-3030, clave 1281
Permiso SSA 34848

LETRA S Informa
PROTOCOLO

Para pacientes con infección por VIH y sarcoma de Kaposi
Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Cancerología

Candidatos: Pacientes con infección por el VIH y lesiones por sarcoma de Kaposi en el paladar.
Objetivo: Eficacia de la vinblastina contra el sotradecol en el tratamiento del sarcoma de Kaposi bucal.
Si desea más información para participar en el protocolo comunicarse con las doctoras Velia Ramírez o Estela de la Rosa al teléfono 724-5206 o presentarse los días martes o jueves a las 9:00 hrs en el consultorio u oficina de Infectología del Instituto.

50 INNSZ 1946 - 1996

PROTOCOLOS

Para pacientes con infección por VIH
Departamento de Infectología
Instituto Nacional de la Nutrición *Salvador Zubirán*

Actualmente se llevan a cabo tres protocolos para el tratamiento de la diarrea en pacientes con infección por VIH:
1) Eficacia de la talidomida en el tratamiento de diarrea por *Cryptosporidium* y *Microsporidium*.
2) Eficacia de nelfinavir (un nuevo inhibidor de proteasa) en el tratamiento de diarrea por *Cryptosporidium* y *Microsporidium*.
Si deseas más información o participar en algún protocolo comunícate al teléfono 573-1200 exts. 2420 y 2421 con la bióloga Laura A. Corona o con el doctor Juan G. Sierra Madero. Todos los estudios relacionados con el protocolo, los medicamentos evaluados y la atención médica, en caso de participar en el estudio, no tienen costo alguno.